

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دو فصلنامه

پژوهش‌های
علوم
تاریخ و جغرافیا

سال سوم - شماره دوم - شماره پیاپی (۵)

پاییز و زمستان ۱۳۹۲

مجله‌ی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری طبق ابلاغیه‌ی شماره‌ی ۳/۱۸/۳۵۹۳۹ مورخ ۱۳۹۲/۳/۱۳ کمیسیون بررسی نشریات علمی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری دارای درجه‌ی علمی - پژوهشی است. همچنین بر همین اساس تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ تمدید اعتبار شده است

این مجله در پایگاه راهنمای بین‌المللی نشریات ادواری (اولریخ) ثبت است:

<http://Ulrichsweb.serialsolutions.com>

متن کامل مجله در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی زیر نمایه می‌شود.

<http://uijs.ui.ac.ir/cbs>

<http://www.magiran.com>

<http://www.SID.ir>

<http://www.ISC.gov.ir>

<http://www.ensani.ir>

<http://journals.indexcopernicus.com>

<http://www.doaj.org>

<http://www.ebscohost.com>

<http://journal database. org>

سامانه مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

بانک اطلاعات نشریات کشور

سایت اینترنتی جهاد دانشگاهی

پایگاه علوم استنادی جهان اسلام (ISC)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

ایندکس کوپرنیکوس (فهرست مجلات برتر)

دوآج: فهرست مجلات پژوهشی با دسترسی آزاد

ابسکو: میزبان پایگاه‌های اطلاعاتی

پایگاه مجلات دانشگاهی

چاپ و لیتوگرافی: انتشارات دانشگاه اصفهان

ناشر: دانشگاه اصفهان

قیمت: ۵۰۰۰۰ ریال

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

مجله
پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری
صاحب امتیاز: معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه اصفهان
شماره استاندارد بین‌المللی: ۲۲۵۱-۷۶۴۲
شماره استاندارد بین‌المللی (نسخه الکترونیک): ۲۳۴۵-۳۵۲۴
سال سوم - شماره دوم - شماره پیاپی (۵) - پاییز و زمستان ۱۳۹۲

سردبیر: مختار ملک‌پور
استاد گروه کودکان با نیازهای خاص - دانشگاه اصفهان
e-mail: mokhtarmalekpour@ymail.com

ویراستار ادبی: علی جلالی
e-mail: AliJalali110@gmail.com

صفحه آرایی: نیلوفر پناهی
e-mail: n.panahi@staf.ui.ac.ir
تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۱۶۴

مدیر مسؤول: رضا هویدا
استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه اصفهان
e-mail: r.hoveida@edu.ui.ac.ir

ویراستار علمی - تخصصی - انگلیسی: حسین مولوی
استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
e-mail: hmolavi@edu.ui.ac.ir

مدیر اجرایی: نیلوفر پناهی
e-mail: n.panahi@staf.ui.ac.ir
تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۱۶۴

اعضای هیأت تحریریه

نام و نام خانوادگی	درجه علمی	تخصص	دانشگاه
غلامحسین احمدزاده	دانشیار	روان‌پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سید احمد احمدی	استاد	آموزش و پرورش - مشاوره و راهنمایی	دانشگاه اصفهان
شهبلا البرزی	دانشیار	تعلیم و تربیت کودک	دانشگاه شیراز
رضا باقریان سرارودی	دانشیار	روان‌شناسی سلامت	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
محمد رضا عابدی	دانشیار	مشاوره	دانشگاه اصفهان
باقر غباری بناب	دانشیار	کودکان استثنایی	دانشگاه تهران
مختار ملک‌پور	استاد	کودکان با نیازهای خاص	دانشگاه اصفهان
حسین مولوی	استاد	آموزش و پرورش	دانشگاه اصفهان
ابوالقاسم نوری	استاد	روان‌شناسی صنعتی و سازمانی	دانشگاه اصفهان
عبدالکاظم نیسی	دانشیار	روان‌شناسی بالینی	دانشگاه شهید چمران اهواز

*این مجله مسؤول آراء و نظرات مندرج در مقالات نمی‌باشد.

مقالات رسیده بازگشت داده نمی‌شود. نقل مطالب با ذکر نام مجله و نویسنده بلامانع است.

نشانی پستی مجله: اصفهان - میدان آزادی - دانشگاه اصفهان - سازمان مرکزی - معاونت تحقیقات و فناوری - طبقه دوم - اداره چاپ،

انتشارات و مجلات - دفتر مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

کد پستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۴۱

تلفکس: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۱۷۷

تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۱۶۴

نشانی پست الکترونیکی: jcbcs@res.ui.ac.ir

همکاران علمی این شماره (سال سوم - شماره دوم - شماره پیاپی (۵) - پاییز و زمستان ۱۳۹۲)

اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی کشور که در داوری و ارزیابی مقالات این شماره با مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، همکاری داشته‌اند، معرفی شده و از خدمات علمی آنها تقدیر می‌گردد. همچنین از همکاری ارزنده‌ی سرکار خانم سارا آقابابایی در این شماره از مجله تشکر می‌گردد.

عبداله شفیع آبادی	استاد	دانشگاه علامه طباطبایی
محمد رضا عابدی	دانشیار	دانشگاه اصفهان
مریم فاتحی زاده	استادیار	دانشگاه اصفهان
حمید کاظمی	استادیار	دانشگاه اصفهان
محمد باقر کجیاف	دانشیار	دانشگاه اصفهان
محمد علی گودرزی	دانشیار	دانشگاه شیراز
محسن معروفی	دانشیار	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
حسین مولوی	استاد	دانشگاه اصفهان
حسنعلی مهربانی	استادیار	دانشگاه اصفهان
عبدالکاظم نیسی	دانشیار	دانشگاه شهید چمران اهواز
ناصر یوسفی	دانشیار	دانشگاه کردستان

راهنمای تنظیم و نگارش مقالات

برای جلوگیری از تأخیر در داوری و انتشار به موقع مجله، لطفاً به نکات زیر توجه فرمایید.

هدف مجله‌ی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری گسترش نظری و عملی شناختی و رفتاری در زمینه‌های روان‌شناسی، توانبخشی، کودکان با نیازهای خاص، مشاوره، اعصاب و روان پزشکی و در نهایت تولید علم در این زمینه‌ها است

مجله‌ی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، مقاله‌هایی را که نتیجه‌ی طرح‌های پژوهشی، تحقیقات اصیل و نقدهای معتبر و ارزنده در زمینه‌های روانشناسی، مشاوره و کودکان با نیازهای خاص باشد، به چاپ می‌رساند، مقاله‌های دریافت‌شده، ابتدا توسط هیأت تحریریه مورد بررسی قرار گرفته و در صورت انطباق با اهداف و معیارهای مجله و پس از داوری مقدماتی، بدون نام، برای ارزیابی به سه داور صاحب‌نظر ارسال می‌شود. این مجله هر سال در ۲ شماره به چاپ می‌رسد. هیأت تحریریه از تمام نویسندگانی که برای این مجله مقاله می‌فرستند، تقاضا دارد به نکات زیر توجه فرمایند:

۱- مقاله با استفاده از نرم‌افزار Word2003 و بالاتر بر روی کاغذ A4 (حاشیه‌ها از بالا و راست ۳ و چپ و پائین ۲/۵) تایپ شود. برای متن فارسی از قلم B zar با فونت ۱۳ و برای متن انگلیسی از قلم Times New Roman و فونت ۱۲ استفاده شود.

۲- مقاله باید شامل چکیده‌ی فارسی و انگلیسی (۲۰۰ کلمه) به همراه واژه‌های کلیدی، مقدمه و پیشینه، روش، نتایج، بحث و نتیجه‌گیری و فهرست منابع، عنوان اصلی، حداکثر در ۲۰ صفحه باشد. صفحه‌ی اول مقاله باید شامل عنوان و مشخصات باشد. صفحه‌ی دوم شامل چکیده و کلیدواژه‌ها باشد و مقدمه از صفحه‌ی سوم شروع شود. سطر اول هر پاراگراف تو رفتگی داشته باشد. عناوین فرعی باید ریز و سر سطر باشد. حروف بولد لازم نیست. افعال معمولاً باید زمان گذشته باشد نه زمان حاضر. جداول و اشکال با یک جمله معرفی شوند. سؤالات یا فرضیه‌ها در زیر هر جدول پاسخ داده شود. کلیدواژه‌ها در عنوان، تعاریف، اهداف، سؤالات یا فرضیه‌ها، و ابزار یکنواخت یا معادل باشند.

۳- زبان مجله فارسی و انگلیسی است. در نظر است ویژه‌نامه‌ی انگلیسی نیز چاپ شود. در مقاله‌های فارسی، واژه‌هایی که لغت فارسی متداول ندارند، واژه‌ی اصلی به زبان انگلیسی در زیر نویس نوشته شود.

۴- نام نویسنده یا نویسندگان و نشانی محل خدمت، نشانی پستی، درجه‌ی علمی (مربی، دانشور، استادیار، دانشیار، استاد)، نامبر، پست الکترونیکی، تلفن آن‌ها باید روی صفحه اول جداگانه قرار گیرد. نویسنده‌ی مسؤول باید با ستاره * مشخص شود.

۵- شکل‌ها باید به طور واضح اسکن شده، توضیحات مربوط به آن‌ها در پایین تصاویر و توضیحات مربوط به جداول همراه با شماره‌ی آن‌ها در بالای جداول نوشته شود.

۶- منابع باید با دقت به ترتیب الفبایی با سبک APA در انتهای مقاله (قبل از پیوست‌ها) نوشته شود. نام مجلات و عنوان کتاب‌ها ایتالیک باشد و سطر دوم به بعد هر منبع تورفتگی داشته باشد. از کلمات اختصاری PP, No, Vol استفاده نشود.

۸- مقاله حداکثر در ۲۰ صفحه و شامل: فایل Word و PDF مقاله و فرم تعهد امضاء شده به سامانه‌ی نشریات: uijs.ui.ac.ir/cbs ارسال گردد.

۹- مقاله‌های چاپ شده بیانگر آرای نویسندگان است و مجله در قبال آن‌ها هیچ‌گونه مسؤولیتی را بر عهده نمی‌گیرد.

۱۰- مقاله قبلاً و یا به طور همزمان برای هیچ یک از نشریه‌ها (داخلی یا خارجی) ارسال یا در هیچ یک از نشریه‌ها (یا مجموعه مقالات همایش‌ها) چاپ نشده باشد.

۱۱- هیأت تحریریه حق قبول، رد و ویرایش مقاله را برای خود محفوظ می‌دارد و از بازگرداندن مقاله‌های دریافتی معذور است.

۱۲- ترتیب تقدم و تأخر مقاله‌های چاپ شده، دلیل رجحان یا اهمیت خاص نویسنده نیست.

۱۳- پس از چاپ مقاله، برای هر یک از نویسندگان دو نسخه از مجله ارسال می‌گردد.

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، ساختمان مرکزی، طبقه دوم، اداره چاپ، انتشارات و مجلات، دفتر مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، کدپستی: ۷۳۴۴۱-۸۱۷۴۶ (تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۴۱۶۴، تلفکس: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۱۷۷، پست الکترونیک:

JCBS@res.ui.ac.ir

به نام خدا

سخن سردبیر

سپاس خداوند بزرگی را که توفیق عنایت فرمود تا بتوانیم شماره دوم از سال سوم مجله «پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری» را منتشر کنیم. در این مجله با توسعه آموزش عالی در علوم شناختی و رفتاری در مقاطع تحصیلات تکمیلی، شاهد پژوهش‌های تجربی در این حوزه هستیم و بی شک نشر و گسترش این یافته‌ها می‌تواند به گسترش علم و تولید دانش در حوزه علوم شناختی و رفتاری منجر شود. هدف این مجله، نشر یافته‌های حاصل از پژوهش‌هایی است که بر مبنای روش علمی فراهم شده باشند.

اطمینان داریم هم‌اینک که در آغاز راه هستیم، از پشتیبانی اساتید محترم دانشگاه‌ها و سایر پژوهشگران جامعه علمی کشور بهره‌مند خواهیم شد و بر این اساس، فروتنانه از کلیه همکاران دانشگاهی انتظار داریم در امر داوری و ارسال مقالات وزین خود این مجله را حمایت نمایند.

در پایان، لازم می‌دانم از حمایت‌های بی‌دریغ جناب آقای دکتر هوشنگ طالبی ریاست محترم دانشگاه اصفهان، جناب آقای دکتر محمد ربانی معاون محترم پژوهش و فناوری دانشگاه، جناب آقای دکتر حجت‌اله یزدان‌پناه، ریاست اداره چاپ، انتشارات و مجلات دانشگاه اصفهان و سرکار خانم نیلوفر پناهی مدیر اجرایی مجله که بدون مساعدت و تلاش‌های ایشان امکان آماده شدن این شماره میسر نبود و نیز سایر کارکنان بخش انتشارات تشکر و قدردانی نمایم. همچنین از کلیه اساتید محترمی که با دقت عالمانه خود داوری مقالات این شماره را عهده‌دار بوده‌اند، سپاسگزاری می‌نمایم.

با آرزوی توفیق روزافزون برای همگان

پروفسور مختار ملک‌پور

سردبیر مجله‌ی پژوهش‌های علوم شناختی

و رفتاری

فهرست مطالب

- ۱-۱۶ ■ بررسی روانی آزمون ترسیم یک داستان در دو گروه از کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر
فاطمه چمن‌دار، سیما شهیم، محمد مزیدی و دیبا سیف
- ۱۷-۲۶ ■ رابطه سبک‌های مقابله‌ای با افسردگی پسران و دختران نوجوان
سالار فرامرزی، محمدرضا عابدی و محمد کریمی
- ۲۷-۴۰ ■ مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری- قراردادی گروهی، با حمایت خانوادگی و بدون حمایت آن‌ها در کاهش استرس زناشویی بیماران کرونری قلب
اسحق رحیمیان بوگر، محمود نجفی، ضیاء قائم مقام فراهانی و سولماز دبیری
- ۴۱-۵۴ ■ روانسازی و تعیین پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور، شی‌یر و وینتراب برای دانشجویان (هنجاریایی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای)
راضیه جلالی نژاد، فریبا یزدخواستی و احمد عابدی
- ۵۵-۷۰ ■ رابطه باورهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک) در جمعیت غیربالینی
مهدی حسونند عموزاده، رسول روشن چسلی و مسعود حسونند عموزاده
- ۷۱-۸۴ ■ بررسی تأثیر آموزش به‌شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق ورزی زوجین
مسعود صادقی، سیداحمد احمدی، فاطمه بهرامی، عذرا اعتمادی و سیدرضا پورسید
- ۸۵-۱۰۰ ■ بررسی ارتباط بین سیستم‌های فعال ساز و بازداری رفتار، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت با نگرانی
سپیده سلطان محمدلو، بنفشه غرایبی، فهیمه فتحعلی لواسانی و محمودرضا گوهری

بررسی روایی آزمون ترسیم یک داستان در دو گروه از کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر

فاطمه چمن‌دار^{۱*}، سیما شهیم^۲، محمد مزیدی^۳ و دیبا سیف^۴

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

fchamandar@gmail.com

۲- استادیار روان‌شناسی مدرسه، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

sshahim@rose.shirazu.ac.ir

۳- دانشیار تاریخ و فلسفه آموزش و پرورش، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

Mmazidi52@gmail.com

۴- استادیار روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

dseif@shirazu.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش بررسی روایی آزمون ترسیم یک داستان است. این بررسی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. نمونه شامل ۱۳۷ دانش‌آموز (۵۳ دختر و ۸۴ پسر) پایه چهارم و پنجم مدارس ابتدایی است که در دو گروه پرخاشگر و گوشه‌گیر طبقه‌بندی شدند و با استفاده از آزمون ترسیم داستان سیلور مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه پرخاشگر و گوشه‌گیر در تصویر خود معنادار ($p < 0/04$) است و در محتوای عاطفی معنادار نیست. گروه پرخاشگر به طور معنادار تصویر خود قوی‌تری را نسبت به گروه گوشه‌گیر ارائه دادند. پسران پرخاشگر قوی‌ترین و پسران گوشه‌گیر ضعیف‌ترین تصویر خود را بروز دادند ($p < 0/04$). دختران پرخاشگر و گوشه‌گیر در محتوای عاطفی نمرات بالاتری از پسران داشتند و پسران پرخاشگر ضعیف‌ترین محتوای عاطفی را ارائه دادند ($p < 0/02$). فراوانی طیف مثبت تا منفی محتوای عاطفی در گروه پرخاشگر و گوشه‌گیر، معنی‌دار بود و هر دو گروه دارای بیشترین فراوانی محتوای عاطفی در طیف منفی متوسط بودند. فراوانی طیف مثبت تا منفی تصویر خود در گروه پرخاشگر معنادار و طیف مثبت و قوی دارای بیشترین فراوانی بود. فراوانی طیف مثبت تا منفی تصویر خود در گروه گوشه‌گیر نیز معنادار و طیف نامطبوع و منفی دارای بیشترین فراوانی بود. تحلیل محتوای داستان‌های گروه پرخاشگر حاکی از ضریب درگیری بالای مؤلفه‌های پرخاشگری در داستان‌ها با بالاترین فراوانی مؤلفه تصورات قتل و کشتن بود و در گروه گوشه‌گیر حاکی از ضریب درگیری بالای مؤلفه‌های گوشه‌گیری با بالاترین فراوانی مؤلفه‌های تنهایی و ترس و اضطراب بود. آزمون ترسیم داستان سیلور دارای روایی قابل قبول برای استفاده در گروه کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر است.

واژه‌های کلیدی: کودکان پرخاشگر، کودکان گوشه‌گیر، آزمون ترسیم یک داستان، روایی.

مقدمه

روش‌های متفاوتی برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان به کار می‌رود. اغلب ابزارها و سیاهه‌های رفتاری به‌وسیله افرادی به جز کودک تکمیل می‌شوند و ابزارهایی که کودک بدان پاسخ دهد، کمیاب است. بنابراین، با توجه به اهمیت کسب اطلاع از خود کودک، ابزارهای فرافکن از نوع نقاشی و بیان داستان روش‌های مورد توجه متخصصان و روان‌شناسان در سال‌های اخیر بوده است.

در واقع تحلیل فرافکن داستان‌ها و نقاشی‌ها بر این فرض استوار است که نقاشی کودکان منعکس‌کننده هیجان‌ها، ناسازگاری‌ها، نگرش‌ها و اعتماد به نفس آنها است که به صورت معمول بیان نمی‌کنند (چرنی و همکاران^۱، ۲۰۰۶).

نقاشی کشیدن و رنگ‌آمیزی، اطلاعات تشخیصی در زمینه توانایی دریافت و ارائه سطوح متفاوتی از مهارت‌های شناختی را فراهم می‌کند و فرصت‌هایی برای درمان ایجاد می‌کند (سیلور^۲، ۱۹۷۷). تحقیقات در این زمینه (اسکاچر^۳، ۱۹۹۹) متمرکز بر ایجاد روش‌های عینی استفاده از آزمون‌های فرافکن است که تشخیص زود هنگام کودکانی را که رفتارهای دشوار نظیر پرخاشگری و گوشه‌گیری دارند، میسر ساخته، می‌تواند متخصصان و روان‌شناسان را در زمینه مداخله و درمان مناسب یاری رساند.

هنر نزد کودکان مورد توجه محققان از جمله سیلور بوده که یکی از پیشگامان هنر درمانی است و بر اساس پژوهش‌های متعدد ابزار مؤثری را برای

ارزیابی کودکان به شیوه‌ای غیر تهدیدآمیز و با استفاده از ترسیم پیشنهاد کرده است که می‌تواند پیش‌بینی پرخاشگری، افسردگی و گوشه‌گیری کودکان را بدون پرسش مستقیم میسر سازد. کوشش سیلور بر این اساس مبتنی است که هنر به عنوان یک وسیله ارتباطی مؤثر می‌تواند اطلاعات ارزنده‌ای را در پیش‌بینی رفتار پرخاشگرانه و گوشه‌گیری کودکان به دست دهد (کانر^۴، ۲۰۰۲).

سیلور (۱۹۸۹) به اهمیت و نقش تشخیصی ترسیم اشاره کرده است. وی تشخیص تصویر خود و محتوای عاطفی در ترسیم کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر از طریق نقاشی و بیان داستان مربوط به نقاشی ترسیم شده را مورد بررسی قرار داده است. نتایج بررسی سیلور منجر به تهیه ابزاری گردید که به شیوه فرافکن تصویر خود و محتوای عاطفی در تصورات کودک را انعکاس می‌دهد. این ابزار برای بررسی پرخاشگری، افسردگی و گوشه‌گیری در کودکان پیشنهاد شده است (سیلور، ۱۹۸۹). تشخیص کودکان پرخاشگر از غیر پرخاشگر و گوشه‌گیر از غیر گوشه‌گیر به‌خصوص در سنین پایین حائز اهمیت فراوان است.

پرخاشگری و گوشه‌گیری دو مشکل اساسی در مدارس است. بر اساس گزارش معلمان ۱۵ درصد کودکان، قربانی پرخاشگری و قلدری می‌شوند و بر اساس گزارش دانش‌آموزان، ۵۰ درصد کودکان قربانی این نوع رفتار هستند (مک نیل^۵، ۲۰۰۲). به نقل از سیلور (۲۰۰۵). پیشگیری از خشونت در مدارس یکی

^۴ Connor

^۵ Mcneil

^۱ Cherney etal

^۲ Silver

^۳ Schachter

افکار و خیالات باطل هستند (بروفی^۸، ۱۹۹۶؛ به نقل از رائیا^۹، ۲۰۱۰). نشانه‌های دیگر شامل عدم اعتماد به نفس (کم‌رویی) هنگام ورود به موقعیت‌های اجتماعی، ناراحتی در حضور دیگران، مبالغه در فکر در مورد خود و خودپنداره اجتماعی پایین است (کاپلان و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۴). زیمباردو^{۱۱} (۱۹۷۷) دانش‌آموزان کم‌رو را دارای این ویژگی‌ها می‌داند: آهسته صحبت کردن، بی‌میلی به داوطلب شدن، مردد در شروع تعاملات با معلم، بیشتر وقت را در صندلی گذراندن، تمایل به اطاعت کردن و آزار نرساندن به دیگران و تمایل کم به پیغام رساندن و قبول تکالیف (بروفی، ۱۹۹۵؛ به نقل از رائیا، ۲۰۱۰).

پرخاشگری و گوشه‌گیری واکنش‌های رفتاری و هیجانی خارج از کنترل و تحت کنترل شدید را در موقعیت‌های اجتماعی نشان می‌دهند و همیشه در اختلالات رفتاری کودکان به‌عنوان مشکلات رفتاری برون‌زا و درون‌زا از آنها یاد می‌شود (سالوی و اسوتر^{۱۲}، ۱۹۹۷). تحقیقات نشان می‌دهند که پرخاشگری و گوشه‌گیری زود هنگام در ارتباط با اختلالات روانی (بورگس و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۳) و مشکلات سلامت جسمی (توکر و فریدمن^{۱۴}، ۱۹۹۶) آتی است.

بررسی تصویر خود و محتوای عاطفی کودکان از طریق نقاشی و بیان داستان مرتبط با آن غیرتهدیدآمیز و دارای اهمیت فراوان در درک مشکلات کودکان

از اولویت‌های آموزش در جهان امروز است (سیلور، ۲۰۰۵).

گوشه‌گیری یکی از اختلال‌های روانی کودکان و نوجوانان است که با اختلال‌های رفتاری و اضطرابی همراهی می‌کند و ممکن است با پیامدهای جدی مانند غیبت از مدرسه، اُفت تحصیلی، افسردگی و حتی خطر خودکشی همراه باشد (پاتاکی و کارلسون^۱، ۱۹۹۵). برونسما^۲ و ون^۳ (۲۰۰۶) گزارش کرده‌اند که بین ۱ تا ۳ درصد دانش‌آموزان گوشه‌گیر هستند (نریمانی و همکاران ۱۳۸۸).

تعدادی از محققان، گوشه‌گیری را به‌عنوان شاخص رفتاری کودک تنها، محروم شده و طرد شده توسط گروه همسالان می‌دانند (گزل و لاد^۴، ۲۰۰۳). برخی معتقدند که گوشه‌گیری اجتماعی در کودکی، وابسته به سن است و به‌صورت فقدان انگیزه اجتماعی منعکس می‌شود و ارتباطات بین فردی را تغییر می‌دهد (کاپلان و همکاران^۵، ۲۰۰۴). سرانجام، کسانی معتقدند که گوشه‌گیری در ارتباط با ناسازگاری روانی است که به صورت ارائه رفتار در ارتباط با افکار درونی شده و احساس اضطراب اجتماعی یا افسردگی بیان می‌شود (واسا و پین^۶، ۲۰۰۶؛ به نقل از رابین و همکاران^۷، ۲۰۰۹).

بعضی از خصیصه‌های رایج در کودکان گوشه‌گیر، شامل بازداری (جلوگیری از بروز احساسات)، فقدان اطمینان، اضطراب اجتماعی، واکنش‌پذیری پایین، و

⁸ Brophy

⁹ Raia

¹⁰ Coplan etal

¹¹ Zimbardo

¹² Salovey & Sluyter

¹³ Burgess etal

¹⁴ Toker & Fridman

¹ Pataki & Carlson

² Bruinsma

³ Venn

⁴ Gazelle & Ladd

⁵ Coplan etal

⁶ Vasa & Pine

⁷ Rubin etal

روش تحلیل محتوای داستان‌های کودکان برای بررسی روایی روش به کار رفته هدف دیگر این پژوهش است.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان شیراز بود. آزمودنی‌های پژوهش شامل دانش‌آموزان پایه چهارم و پنجم مدارس ابتدایی بود که در دو گروه پرخاشگر و گوشه‌گیر طبقه‌بندی شدند. اسناد مورد بررسی تحلیل محتوا شامل کلیه داستان‌های بیان شده توسط ۱۳۷ نفر کودک پرخاشگر و گوشه‌گیر بود. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت دو مرحله‌ای است. در مرحله اول به صورت خوشه‌ای تصادفی کلاس‌ها و مدارس انتخاب شدند و در مرحله دوم به شیوه هدفمند نمونه پژوهش انتخاب شد، به این صورت که از نواحی مختلف شهرستان شیراز با توجه به ویژگی نواحی، ۵ مدرسه انتخاب شد و در هر مدرسه تمام کلاس‌های چهارم و پنجم انتخاب و از معلمان خواسته شد تا حداکثر ده نفر از دانش‌آموزانی را که شناخت کافی از آن‌ها دارند، بدون در نظر گرفتن وضعیت تحصیلی (موفق یا غیرموفق)، انتخاب کرده و پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پاترسون^۲ (شهیم و همکاران، ۱۳۸۶)، فرم معلم مقیاس درجه‌بندی کانرز^۳ (شهیم و همکاران، ۱۳۸۶)، و مقیاس پرخاشگری آشکار (شهیم، ۱۳۸۵) را برای آنها تکمیل نمایند. این شیوه نمونه‌گیری که در

پرخاشگر و گوشه‌گیر است که از طرق دیگر قادر به بیان آن نیستند. تحقیقات نشان داده‌اند که دانش‌آموزان پرخاشگر به‌طور معناداری نمرات محتوای عاطفی پایین‌تر و تصویر خود بالاتری داشتند (اروو و همکاران، ۲۰۰۴ و شهیم و رزمجویی، ۱۳۸۸). تفاوت دختران و پسران در این زمینه معنادار بوده است اما بین گروه‌های سنی، تفاوت معناداری در این زمینه به‌دست نیامده است (اروو و همکاران، ۲۰۰۴). کوپتین و همکاران^۱ (۲۰۰۵) به بررسی تصویر خود و محتوای عاطفی در کودکان و نوجوانان روسی پرداخته و دریافته‌اند که محتوای عاطفی منفی قوی در میان پسران فراوانی بیشتری داشت و محتوای عاطفی مثبت قوی با فراوانی بیشتری در بین دختران دیده شد (به نقل از سیلور، ۲۰۰۹). کوپتین (۲۰۰۲) نیز در مطالعه‌ای محتوای عاطفی و تصویر خود مثبت را نزد دختران فراوان‌تر گزارش کرد (به نقل از سیلور، ۲۰۰۹).

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تصویر خود و محتوای عاطفی در داستان‌های مربوط به نقاشی ترسیم شده توسط کودکان پرخاشگر آشکار و گوشه‌گیر و تحلیل محتوای جملات و متن داستان‌های نوشته شده کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر بر اساس مؤلفه‌های پرخاشگری و گوشه‌گیری است که مبتنی بر استفاده عینی از روش‌های فرافکن است و از نوع تحقیقات بدیع در ایران و حائز اهمیت فراوان است. نظر به اینکه اعتبار آزمون‌های فرافکن در کل، مبتنی بر توافق نظر ارزیابان است، ایجاد روش نمره‌گذاری عینی برای این منظور استفاده از

^۲ Quay & Peterson

^۳ Connors

^۱ Kopytin et al

ب است (تصویر ۱)، که امکان بررسی تصویر خود و محتوای عاطفی تخیلات آزمودنی را از طریق ترسیم و سپس نقل داستانی در ارتباط با ترسیم، فراهم می‌آورد.

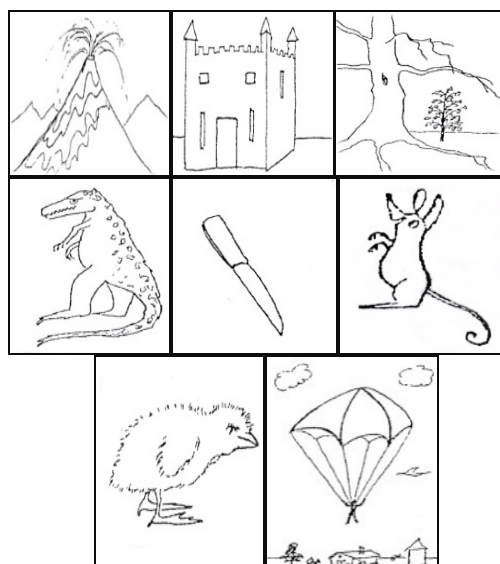
تصویر ۱. تصاویر محرک در آزمون ترسیم

یک داستان (DAS)

(الف)



(ب)



آزمون DAS بر این فرض مبتنی است که آزمودنی از طریق ترسیم، تصویری از خود را ارائه می‌دهد که منطبق بر شخصیت اصلی در ترسیم فرد است و به طور عمد یا غیرعمد معرف ترسیم کننده

پژوهش‌های متعدد به کار برده شده، به آموزگار فرصت می‌دهد تا با دقت پاسخ دهد (میلر^۱، ۱۹۷۲؛ کانرز و همکاران^۲، ۱۹۹۸؛ به نقل از شهیم و همکاران، ۱۳۸۶). در این مرحله از پژوهش دانش‌آموزان دختر و پسر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱. توزیع آزمودنی‌های تحقیق بر اساس جنسیت و

مشکلات رفتاری

گروه‌ها	کل	دختر	پسر
تعداد	درصد	تعداد	درصد
گوشه‌گیر	۷۱	۳۷	۳۴
پر خاشگر	۶۶	۱۶	۵۰
کل	۱۳۷	۵۳	۸۴

پس با توجه به ارزیابی معلمان و بر اساس نقطه برش یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در نمرات پرسشنامه مشکلات رفتاری کوی و پاترسون و مقیاس درجه‌بندی کانرز دانش‌آموزان گوشه‌گیر و با همان نقطه برش در نمرات مقیاس پر خاشگری آشکار، دانش‌آموزان پر خاشگر انتخاب شدند. در نهایت ۱۳۷ کودک مشتمل بر ۶۶ پر خاشگر و ۷۱ گوشه‌گیر انتخاب شدند و به وسیله آزمون ترسیم داستان سیلور (۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱، توزیع فراوانی آزمودنی‌های تحقیق را بر اساس جنسیت و نوع مشکل (گوشه‌گیری و پر خاشگری) نشان می‌دهد.

ابزار

در این پژوهش از آزمون ترسیم یک داستان^۳، DAS سیلور (۲۰۰۵) استفاده گردید. آزمون DAS مشتمل بر تعدادی تصویر محرک در دو گروه الف و

^۱ Miller

^۲ Sitarenios et al

^۳ Draw A Story Test

نقل کند، داستان‌ها توسط آزماینده ثبت می‌شود. داستان‌ها از دو جنبه تصویر خود و محتوای عاطفی در یک طیف ۵ نمره‌ای با دامنه مثبت تا منفی بر اساس مقیاس تهیه شده توسط سیلور (۲۰۰۵) نمره‌گذاری می‌شوند. به تصویر منفی شدید از خود (مثال: ترسیم موضوعی که غمگین یا در خطر مرگ است و واکنش نشان می‌دهد) نمره ۱ و به تصویر مثبت شدید از خود (مثال: ترسیم موضوعی که به صورت قدرتمند و مؤثر واکنش نشان می‌دهد) نمره ۵، تعلق می‌گیرد. همچنین نمرات تصویر خود ۲ و ۴ به ترتیب به واکنش‌های بدبخت و خوشبخت و نمره تصویر خود ۳ به تصویر دو جانبه و نامحسوس از خود داده می‌شود (سیلور، ۲۰۰۵). محتوای عاطفی داستان‌های نقل شده بر اساس یک طیف ۵ نمره‌ای با دامنه منفی شدید تا مثبت شدید بر اساس مقیاس تهیه شده توسط سیلور (۲۰۰۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره یک به محتوای عاطفی منفی شدید (ترسیم اشخاص گوشه‌گیر و غمگین) و نمره ۵ به محتوای عاطفی مثبت شدید (ترسیم اشخاص قوی یا ارتباطات مهم) تعلق می‌گیرد. نمره ۲ و ۴ به ترتیب برای محتوای عاطفی مثبت و منفی متوسط داده می‌شود و نمره ۳ نیز به محتوای غیر عاطفی و دو جانبه تعلق می‌گیرد (سیلور، ۲۰۰۵).

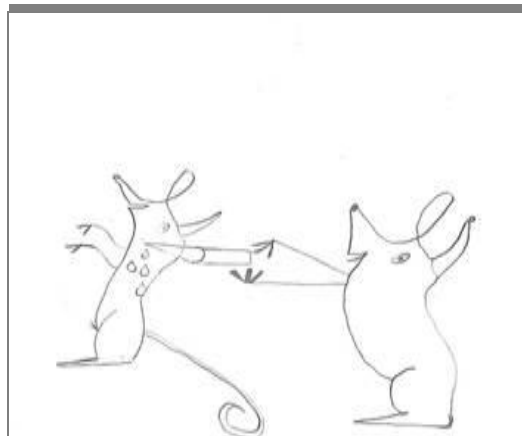
تصاویر ۲ و ۳ به ترتیب نمونه‌هایی از نقاشی و داستان ترسیم شده توسط کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر را نشان می‌دهد.

تصاویر است. کودکان در نقاشی معمولاً خودشان را با شخصیت اصلی داستان فرافکن می‌کنند (سیلور، ۲۰۰۵). در آزمون ترسیم یک داستان، بعد از ترسیم نقاشی، از فرد خواسته می‌شود داستانی را در ارتباط با نقاشی که معرف محتوای عاطفی است، بیان کند. این ارزیابی، بیشتر از ویژگی‌های هنری (مانند رنگ، کیفیت خطوط و غیره) به محتوای نقاشی توجه می‌کند. روایی تفکیکی DAS در گروه‌های مختلف کودکان ناشنوا، دارای اختلالات یادگیری، افسرده، گوشه‌گیر، پرخاشگر و بزهدار تأیید شده است (سیلور، ۲۰۰۹). در ایران روایی و پایایی DAS در گروهی از کودکان عادی و پرخاشگر تأیید گردیده است. پایایی آزمون از طریق همبستگی بین نمره‌گذاران برای تصویر خود و محتوای عاطفی به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۹۰ بوده است. محتوای عاطفی در داستان‌های ترسیم شده در کودکان پرخاشگر ضعیف‌تر از کودکان غیر پرخاشگر بوده است. تصویر خود در داستان‌های ترسیم شده کودکان پرخاشگر و غیرپرخاشگر تفاوت معنی‌دار نداشته است و گروه غیر پرخاشگر به‌طور معنی‌دار پاسخ‌های مثبت بیشتری در زمینه محتوای عاطفی و تصویر خود بروز دادند (شهیم و رزمجویی، ۱۳۸۸).

اجرای این آزمون انفرادی است و بدین صورت است که ابتدا از آزمودنی خواسته می‌شود که از بین تصاویر محرک، ۲ یا ۳ تصویر را انتخاب کرده، با آن‌ها داستانی را نقاشی کند و عنوانی برای نقاشی خود انتخاب کند، سپس داستانی را متناسب با نقاشی

تصویر ۲. نقاشی و داستان کودکی پرخاشگر

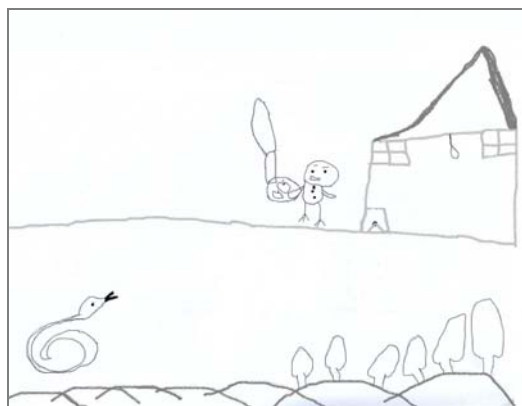
(دعوای دو موش)



یک موش با موش دیگر بدی می‌کند و دارند با هم دعوا می‌کنند و این موش با خنجر خود در کمر او فرو کرد. آن موش خیلی آه و ناله می‌کند و موش دیگر می‌خندد و می‌گوید که این هم پاسخ آن همه بدی‌هایی که جلو خانه ما آمدی و به من کردی.

تصویر ۳. نقاشی و داستان کودکی گوشه‌گیر

(پسری که تنها بود)



یک روز پسری تنها بود و هیچ کس با او زندگی نمی‌کرد خانه‌اش نزدیک دریا بود. یک روز تصمیم گرفت که به کنار دریا برود. به کنار دریا رفت. در کنار دریا ماری را دید و ترسید و دیگر هیچ وقت به کنار دریا نرفت.

برای تحلیل محتوای داستان‌ها از روش مراجعه به اسناد و تکنیک تحلیل محتوای کمی (رویکرد مفهومی) استفاده شد (مارشال و راسمن^۱، ۱۹۹۱) که در این روش، محقق به تعیین فراوانی محتوای موجود و یا عدم وجود در متن بسنده می‌کند و درصد حاصل از شمارش واحدهای تحلیل را تعیین می‌کند و با این روش به تعیین فراوانی و کمیت مفاهیم موجود در متن می‌پردازد. مزیدی (۱۳۸۵) از این نوع تحلیل محتوا تحت عنوان تحلیل محتوای جهت‌دار یاد کرده است.

هدف این تحقیق تشخیص میزان پرخاشگری و گوشه‌گیری در داستان‌های بیان شده توسط کودکان در ارتباط با تصاویر ترسیم شده آزمون DAS بود و اینکه کلمات و جملات بیان شده تا چه حد حاوی پرخاشگری یا گوشه‌گیری بوده است. به منظور بررسی میزان برخورداری داستان‌ها از مؤلفه‌های گوشه‌گیری و پرخاشگری از روش تحلیل محتوای کمی استفاده شد تا مجموعه‌ای از مؤلفه‌های پرخاشگری و گوشه‌گیری برای تحلیل داستان‌های کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر فراهم گردد. از تکنیک تحلیل محتوا برای تشخیص واحدهای تحلیل دارای مؤلفه‌های پرخاشگری و گوشه‌گیری و تخصیص آن‌ها به مقولات معرفی شده و نیز محاسبه ضرایب درگیری هر کدام از داستان‌ها نسبت به مؤلفه‌های پرخاشگری و گوشه‌گیری استفاده به عمل آمد. در پژوهش حاضر واحد تحلیل، پاراگراف‌های هر داستان بود.

¹ Marshall & Rossman

پرخاشگری بر غیر پرخاشگری و گوشه‌گیری بر غیر گوشه‌گیری به دست آمد و ضرائب بالاتر از ۱ به معنی درگیری ۵۰ درصد واحدهای تحلیل و ضرائب بالاتر از ۰/۵ به معنی درگیری ۲۵ درصد واحدهای تحلیل است (اسدپور و حسین چاری، ۱۳۸۹).

برای سنجش روایی صوری روش فوق ۱۰ داستان از بین داستان‌های بیان شده توسط کودکان در ارتباط با نقاشی ترسیم شده آزمون DAS که دارای مؤلفه پرخاشگری و گوشه‌گیری بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب و در اختیار چند تن از اساتید علوم تربیتی و روان‌شناسی قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا نظر تشخیصی خود را در مقابل هر واحد تحلیل اعلام دارند. نظرات پیشنهادی صاحب‌نظران و محققان مورد مقایسه قرار گرفت و روایی صوری پژوهش محرز گردید.

برای سنجش پایایی روش فوق از همبستگی بین نظر صاحب‌نظران از طریق انتخاب مقوله‌های معرف پرخاشگری و گوشه‌گیری مربوط به تحلیل داستان‌ها با توجه به دارا بودن ویژگی‌های مربوطه به پرخاشگری و گوشه‌گیری حاصل شد و ضرائب همبستگی بین نظر صاحب‌نظران در دامنه ۰/۶۷ تا ۱ برای مؤلفه‌های پرخاشگری و ۰/۳۳ تا ۱ برای مؤلفه‌های گوشه‌گیری بود.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی تفاوت نمرات تصویر خود در دو گروه گوشه‌گیر و پرخاشگر از تحلیل واریانس دوطرفه استفاده شد. متغیر مستقل شامل مشکلات

در این راستا با استفاده از سه عامل اساسی پرخاشگری از دیدگاه کریک و گرات پیتر^۱ (۱۹۹۵) و کریک و داج^۲ (۱۹۹۶) که مشتمل بر پرخاشگری جسمانی (کتک زدن، کشتن، گاز گرفتن و آزار جسمی)، پرخاشگری بیش فعال (شروع دعوا و تهدید به دعوا، شروع کتک کاری، شروع ناسزا و فریاد، شروع پرتاب اشیاء، شروع صدمه و قتل و آسیب به دیگران و شروع خسارت به اموال) و پرخاشگری واکنشی (پاسخ به طریق دعوا و تهدید به دعوا، پاسخ به طریق کتک کاری، پاسخ به طریق ناسزا و فریاد، پاسخ به طریق پرتاب اشیاء، پاسخ به طریق صدمه و قتل و آسیب به دیگران و پاسخ به طریق خسارت به اموال) متن داستان‌های بیان شده توسط کودکان به‌صورت "پرخاشگر" مشخص شد. همچنین با استفاده از سه عامل اساسی گوشه‌گیری از دیدگاه کاپلان و رابین^۳ (۱۹۹۸) که مشتمل بر گوشه‌گیری منزوی - منفعل (مشتمل بر: فعالیت و شناسایی کند اشیاء، به تنهایی بازی کردن و خجالتی، ناسازگار)، گوشه‌گیری منزوی - فعال (مشتمل بر: خلق منفی، طرد همسالان، تکرار اعمال حسی - حرکتی) و کم‌گویی (مشتمل بر: تماشاگر بدون تعامل، شک و تردید در رفتار، طرد همسالان، ترس و اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های جدید) متن داستان‌ها به صورت "گوشه‌گیر" مشخص و نسبت به تجزیه و تحلیل و تفسیر یافته‌ها اقدام شد. ضریب درگیری داستان‌ها با مؤلفه‌های گوشه‌گیری و پرخاشگری از طریق تقسیم مجموع واحدهای معرف

^۱ Crick & Grot peter

^۲ Crick & Dogde

^۳ Coplan & Rubin

رفتاری (پرخاشگر و گوشه‌گیر) و جنسیت و متغیر وابسته تصویر خود است. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات تصویر خود گروه پرخاشگر و گوشه‌گیر را بر حسب جنسیت دانش‌آموزان نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس دو طرفه (جدول ۳) نشان داد که دانش‌آموزان پرخاشگر در مقایسه با دانش‌آموزان گوشه‌گیر در نمرات تصویر خود تفاوت معناداری داشتند ($F(1, 133) = 4/127, p < 0/04$). اما بین نمرات دختران و پسران در تصویر خود تفاوت معناداری وجود نداشت. تعامل جنسیت و نوع گروه معنادار بود ($p < 0/02$), $F(1, 133) = 5/524$. بدان معنا که اثر گروه (پرخاشگر/ گوشه‌گیر) بر تصویر خود فارغ از تأثیر جنسیت نبود. این یافته در نمودار ۱ منعکس شده است.

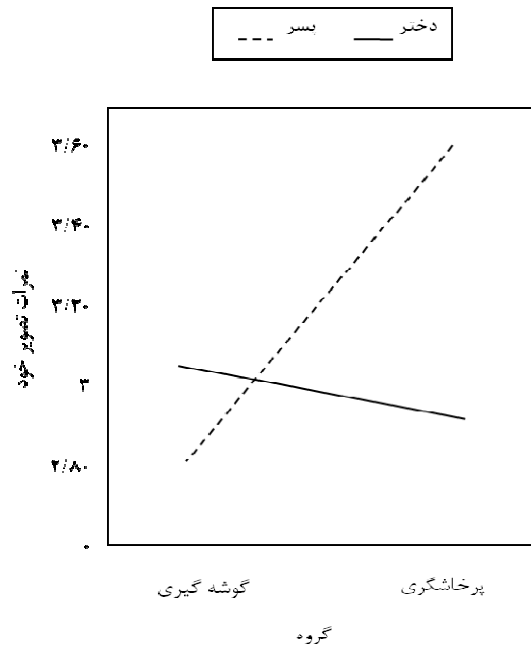
جدول ۲. میانگین نمرات تصویر خود با توجه به جنسیت و نوع گروه

نوع گروه	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
گوشه‌گیر	دختر	۳/۱۶	۱/۱۴	۳۷
	پسر	۲/۷۵	۰/۷۵	۳۴
	کل	۳/۰۴	۱/۰۵	۷۱
پرخاشگر	دختر	۳/۰۹	۱/۱۸	۱۶
	پسر	۳/۶۹	۱/۳۴	۵۰
	کل	۳/۵۴	۱/۳۲	۶۶
کل	دختر	۳/۱۴	۱/۱۴	۵۳
	پسر	۳/۳۱	۱/۲۳	۸۴
کل	کل	۳/۲۴	۱/۲	۱۳۷

جدول ۳. تحلیل واریانس دو طرفه برای جنسیت و گروه در تصویر خود

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
اثر اصلی					
جنسیت	۱	۰/۲۴۴	۰/۲۴۴	۰/۱۸۴	N.S
گروه	۱	۵/۴۶۸	۵/۴۶۸	۴/۱۲۷	۰/۰۴
جنسیت × گروه	۱	۷/۳۱۹	۷/۳۱۹	۵/۵۲۴	۰/۰۲
درون گروه‌ها (خطا)	۱۳۳	۱۷۶/۲۰۶	۱/۳۲۵		
کل	۱۳۷	۱۶۳۷/۲۵			

نمودار ۱. تعامل جنسیت و نوع گروه در تصویر خود



برای بررسی تفاوت نمرات محتوای عاطفی در دو گروه پرخاشگر و گوشه‌گیر از تحلیل واریانس دوطرفه استفاده شد که نشان داد گروه پرخاشگر در

مقایسه با گروه گوشه‌گیر دارای تفاوت معناداری نبود. جدول ۵ نشان می‌دهد که دختران و پسران در بیان محتوای عاطفی به‌طور معناداری با یکدیگر متفاوت است و این تفاوت به نفع دختران است. بدین معنا که دختران نمرات بیان محتوای عاطفی بالاتری (جدول ۵) داشتند ($p = 0.001$, $F(1, 133) = 15.919$) و بیانگر این است که نمرات محتوای عاطفی در دختران مثبت‌تر است. جدول ۴ نیز میانگین و انحراف معیار محتوای عاطفی دو گروه پرخاشگر و گوشه‌گیر را بر حسب جنسیت دانش‌آموزان نشان می‌دهد. تعامل جنسیت و گروه معنادار بود ($p = 0.04$, $F(1, 133) = 4.362$). بدین معنا که اثر گروه بر محتوای عاطفی فارغ از تأثیر جنسیت نیست (نتایج جدول ۵ و نمودار ۲).

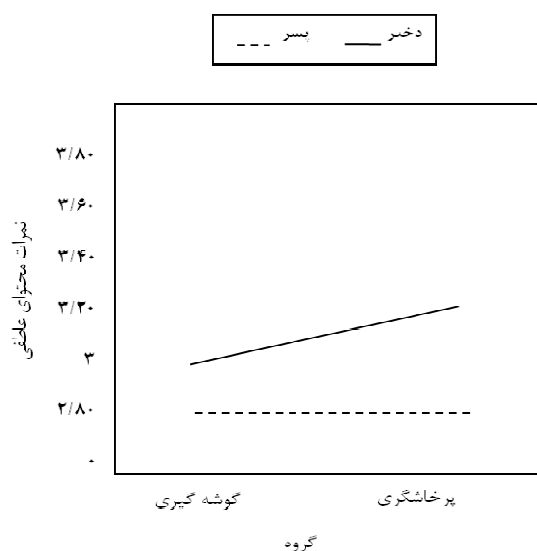
جدول ۴. میانگین نمرات محتوای عاطفی با توجه به جنسیت و نوع گروه

نوع گروه	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
گوشه‌گیر	دختر	۲/۹۳	۱/۰۴	۳۷
	پسر	۲/۵۷	۰/۶۹	۳۴
	کل	۲/۷۶	۰/۹۰	۷۱
پرخاشگر	دختر	۳/۱۸	۱/۲۶	۱۶
	پسر	۲/۰۴	۱/۰۷	۵۰
	کل	۲/۳۱	۱/۲۲	۶۶
کل	دختر	۳	۱/۱۱	۵۳
	پسر	۲/۲۵	۰/۹۷	۸۴
	کل	۲/۵۴	۱/۰۸	۱۳۷

جدول ۵. تحلیل واریانس دو طرفه برای جنسیت و گروه در محتوای عاطفی

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
اثر اصلی					
جنسیت	۱	۱۶/۳۳۳			
گروه	۱	۰/۵۵۸	۱۶/۳۳۳	۱۵/۹۱۹	۰/۰۰۱
جنسیت × گروه	۱	۴/۴۷۶	۰/۵۵۸	۰/۵۴۴	N.S
درون گروه‌ها (خطا)	۱۳۳	۱۳۶/۵۰۵	۴/۴۷۶	۴/۳۶۲	۰/۰۴
کل	۱۳۶	۱۰۵۰/۵۰۰	۱/۰۲۶		

نمودار ۲. تعامل جنسیت و نوع گروه در محتوای عاطفی



همکاران، ۲۰۰۹) به ویژه در دوره دبستان که ارتباط با همسالان دارای اهمیت است. کودکان گوشه گیر بیشتر از غفلت و طرد همسالان آسیب می پذیرند (نلسون و همکاران، ۲۰۰۵) که منجر به رشد خودپنداره منفی و احساس افسردگی و تنهایی می شود (رابین و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از اوزدمیر^۲، ۲۰۰۹). پسران پرخاشگر دارای تصویر خود مثبت از دختران پرخاشگر هستند. این تفاوت جنسیتی تنها توانایی جسمی پسران را نشان نمی دهد بلکه دال بر آن است که پسران رفتارهای پرخاشگرانه آشکار بیشتری را به کار می گیرند و مورد حمایت های اجتماع و خانواده هستند. اجتماع و خانواده ها پرخاشگری در دختران را منع می کنند و مانع آن می شوند در حالی که راه را برای انجام این گونه رفتارها در پسران هموار می کنند (فتوت زاده و معراج مالیک^۳، ۲۰۰۴). پسران گوشه گیر در مقایسه با دختران گوشه گیر خود را تنها تر، با مهارت های اجتماعی ضعیف، و عزت نفس پایین تر از همسالان عادی توصیف می کنند (نلسون و همکاران، ۲۰۰۵). پسران بیش از دختران از نتایج شدید این رفتار رنج می برند (کاپلان و همکاران،

در تبیین احتمالی نتایج فوق می توان گفت که دانش آموزان پرخاشگر، دارای ادراکات مثبت قوی از خود هستند، آن ها تخیلاتی درباره آدمکشی و موقعیت هایی که تهدیدکننده زندگی است، دارند و خود را به عنوان افرادی قوی و بسیار مؤثر ارائه می کنند که اعمالی مثل کشتن و رفتار قهرمانانه را انجام می دهند. در مقابل کودکان گوشه گیر؛ احساس و فکر کم و ناچیز از خود یعنی خودپنداره ضعیف دارند. طرد همسالان می تواند پیش بینی کننده احساسات و افکار منفی درباره خود باشد (رابین و

¹ Nelson etal

² Ozdemir

³ Fotowwat Zadeh & Mairaj Malik

دنیایی تخیلی و خصمانه هستند در حالی که دختران و زنان خود را جزئی از دنیا می‌بینند، افزون بر این، پسران بیشتر به ارتباطات خصمانه و غیردوستانه توجه نشان می‌دهند و دختران بیشتر ارتباطات مثبت را بیان می‌کنند (سیلور، ۱۹۹۶). تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان پرخاشگر، گوشه‌گیر و افسرده، ویژگی‌های عاطفی منفی دارند بدین معنا که دارای ادراک منفی قوی از دنیا هستند (سیلور، ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان برخورداری داستان‌ها از مؤلفه‌های گوشه‌گیری و پرخاشگری در حد قابل قبول است. تحلیل محتوای داستان‌ها نشان داد مؤلفه‌ای که بیشتر در داستان‌های کودکان پرخاشگر وجود دارد، مؤلفه کشتن است و بعد از آن مؤلفه شروع صدمه و قتل و آسیب به دیگران دارای بیشترین فراوانی است. به عبارت دیگر در تصورات کودکان پرخاشگر، کشتن و قتل و آسیب به دیگران دارای بیشترین فراوانی است. شاید بتوان این‌گونه تصورات بیان شده در داستان‌های کودکان را ناشی از قرار گرفتن در معرض برنامه‌های پرخاشگرانه رسانه‌ای مانند تلویزیون و بازی‌های کامپیوتری و ویدئویی دانست. چرا که امروزه این برنامه‌ها نزد کودکان دارای محبوبیت فراوانی است، امروزه عناصر اصلی برنامه‌های تلویزیونی تولید شده برای کودکان، خشونت و پرخاشگری است (ویولنس^۱، ۱۹۹۸؛ به نقل از لان و همکاران^۲، ۲۰۱۰). مطالعات طولی و آزمایشی بر تأثیرات خشونت رسانه‌ای بر کودکان نشان داده‌اند که تماشای این

۲۰۰۴؛ رابین و کاپلان، ۲۰۰۴؛ به نقل از رابین و همکاران، ۲۰۰۹). لذا پسران گوشه‌گیر به دلیل تصویر خود ضعیف، آسیب‌پذیرتر از سایر گروه‌ها هستند. عوامل فرهنگی نیز در این زمینه دخالت دارد زیرا پسران گوشه‌گیر معمولاً مورد قبول جامعه مرد سالار نیستند.

محتوای عاطفی

کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر در متغیر محتوای عاطفی تفاوت معنی‌دار نداشتند در حالی که بر اساس پژوهش شهیم و رزمجویی (۱۳۸۸) کودکان پرخاشگر محتوای عاطفی ضعیف‌تری نسبت به کودکان عادی داشته‌اند اما تفاوت دختران و پسران معنی‌دار بود و این تفاوت به نفع دختران بود که همسو با یافته‌های پژوهش اروود و همکاران (۲۰۰۴)، کوپتین و همکاران (۲۰۰۵)، و سیلور (۱۹۹۳) است. تعامل جنسیت و گروه نیز معنادار بود. دختران پرخاشگر دارای میانگین نمرات بالاتری از پسران پرخاشگر در محتوای عاطفی بودند و دختران گوشه‌گیر نمرات بالاتری از پسران گوشه‌گیر کسب کردند. وجود تفاوت معنادار بین دختران و پسران در محتوای عاطفی را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که پسران صرف‌نظر از مشکل پرخاشگری و گوشه‌گیری نمرات محتوای عاطفی پایین و ضعیف‌تری نسبت به دختران دارند. اروود و همکاران (۲۰۰۴) بیان می‌کند که محتوای عاطفی ضعیف در ارتباط با پرخاشگری، افسردگی و احساس تنهایی به‌ویژه در پسران رایج است. دختران ادراک مثبت قوی از دنیا دارند در حالی که ادراک پسران از دنیای بیرونی، منفی‌تر است (سیلور، ۱۹۹۶). در واقع پسران در حال جنگ در

¹ Violence

² Lan et al

تصاویر است، در کنار سایر ابزارهای تشخیصی برای ارزیابی مشکلات رفتاری از نوع پرخاشگری و گوشه‌گیری به کار برد.

تحقیق حاضر به بررسی تصویر خود و محتوای عاطفی در دانش‌آموزان پرخاشگر و گوشه‌گیر دبستانی پرداخته است. استفاده از آزمون ترسیم داستان DAS برای ارزیابی مشکلات رفتاری در کودکانی که مشکل کلامی دارند مانند ناشنویان و کودکان اتیستیک توصیه می‌شود. این تحقیق محدود به دانش‌آموزان مدارس عادی بود. انجام تحقیقات مشابه در نمونه‌های بالینی که دارای مشکلات پرخاشگری و گوشه‌گیری هستند، نیز پیشنهاد می‌شود. به علاوه روش به‌کار گرفته شده در این پژوهش می‌تواند راهگشای محققان و روان‌شناسان در تحلیل کاربردی نتایج حاصل از سایر آزمون‌های فرافکن قرار گیرد.

سپاسگزاری

از همه دانش‌آموزان و مدیران دبستان‌های ناحیه ۱، ۳، و ۴ شهر شیراز که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

اسدپور، ک و حسین‌چاری، م. (۱۳۸۹). بررسی مؤلفه‌های معنای زندگی از منظر اسلام در کتاب‌های درسی دین و زندگی دوره متوسطه. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*. دوره دوم، شماره ۱، صص ۱-۳۲.

برنامه‌ها منجر به پرخاشگری کودکان در زندگی واقعی می‌شود (گین^۱، ۲۰۰۱؛ به نقل از لان و همکاران، ۲۰۱۰). در داستان‌های کودکان گوشه‌گیر نیز مؤلفه ترس و اضطراب دارای فراوانی بیشتر و پس از آن مؤلفه به تنهایی بازی کردن قرار می‌گیرد. ارتباط میان گوشه‌گیری اجتماعی و ترس و اضطراب کاملاً طبیعی و منطقی است (رابین و همکاران، ۲۰۰۹). در افراد گوشه‌گیر اجتماعی افکار و احساسات منفی اضطراب، احساس تنهایی و ناامنی و افسردگی به فراوانی گزارش شده است (رابین و اسندروف^۲، ۱۹۹۳؛ به نقل از رابین و همکاران، ۲۰۰۹) که همسو با نتایج تحقیق حاضر است. همین‌طور این کودکان از غفلت و طرد همسالان آسیب می‌پذیرند (نلسون و همکاران، ۲۰۰۵) که منجر به رشد خودپنداره منفی، احساس افسردگی و تنهایی می‌شود (رابین و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از رابین و همکاران، ۲۰۰۹). این یافته‌ها می‌تواند برای متخصصان تعلیم و تربیت هشداردهنده باشد و ضرورت مداخله‌های روان - آموزشی را مطرح می‌سازد. برخورداری داستان‌ها از مؤلفه‌های گوشه‌گیری و پرخاشگری در حد قابل قبول نشانگر روایی آزمون در برآورد پرخاشگری و گوشه‌گیری در کودکان است.

نتایج این پژوهش نشانگر روایی تفکیکی آزمون DAS بود. تحلیل محتوای داستان‌های بیان شده توسط کودکان، نشان داد که می‌توان آزمون DAS را به‌عنوان ابزاری معتبر که محرک مؤلفه‌های گوشه‌گیری و پرخاشگری در داستان‌های مرتبط با

¹ Geen

² Rubin & Asendorpf

- Connor, D. E. (2002). *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Research and Treatment*. London: The Guilford Press.
- Coplan, R. J., Findlay, L. C., & Nelson, L. J. (2004). Characteristics of preschoolers with lower perceived competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 399-408.
- Coplan, R. J., & Rubin, K. H. (1998). Exploring and assessing nonsocial play in the preschool: The development and validation of the Preschool Play Behavior Scale. *Social Development*, 7, 72-91.
- Coplan, R. J., Prakash, K., O'Neil, K., & Armer, M. (2004). Do you "want" to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology*, 40, 244-258.
- Crick, N. R., Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanism in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- Crick, N. R., Grotpeter, J. K. (1995). "Relational aggression, gender, and social - psychological adjustment." *Child Development*, 66, 710-722.
- Daglioglu, H. E., Deniz, V, Kan, A. (2010). A study on the emotional indicators in 5-6 year-old girls and boys human figure drawings. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1503-1510.
- Earwood, C., Fedorko, M., Holzman, E., Montanori, L., & Silver, R. (2004). Screening for aggression using the Draw A Story assessment. *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*, 21, 156-162.
- Fotowwat Zadeh, Z., & Mairaj Malik, S. (2009). Expression of aggressive tendencies in the drawings of children and youth who survived the northern pakistan earthquake. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 64-81.
- Gazelle, H., & Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 74, 257 - 278.
- Kopytin, A., Svistovskaya, H., and Svetskaya, V., (2005). Cultural differences and similarities. In R. Silver, (Ed.), شهیم، س. (۱۳۸۵). پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای در کودکان دبستانی. پژوهش‌های روان‌شناختی. دوره ۹، شماره ۲.
- شهیم، س و رزمجویی، م. (۱۳۸۸). تصویر خود و محتوای عاطفی در ترسیم کودکان پرخاشگر و غیرپرخاشگر. مجموعه مقالات دومین کنگره هنر درمانی. تهران.
- شهیم، س، یوسفی، ف، و شهائیان، آ. (۱۳۸۶). هنجاریابی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی کانرز - فرم معلم. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی. دوره ۳، شماره ۲.
- شهیم، س، یوسفی، ف، و قنبری، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری کواي و پترسون. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، شماره ۴، صص ۳۵۰-۳۵۸.
- مزیدی، م. (۱۳۸۵). مقدمه بر روش‌های کیفی و تحلیل کیفی داده‌ها [جزوه]. شیراز: دانشکده علوم تربیتی.
- نریمانی، م، ملکشاهی، م و محمودی، ن. (۱۳۸۸). بررسی مهارت‌های مقابله‌ای و تحمل ابهام در دانش‌آموزان دختر گوشه‌گیر. پژوهش در محیطه کودکان استثنائی، سال نهم، شماره ۱، صص ۵۵-۶۲.
- Burgess, K. B., Marshall, P. J., Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2003). Infant attachment and temperament as predictors of subsequent externalizing problems and cardiac physiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 819-831.
- Cherney, I. D., Seiwert, C. S., Dickey, T. M. ve Flichtbeil, J. D. (2006). Children's drawings: a mirror to their minds. *Educational Psychology*, 26, 127-142.

- Therapy, Journal of the Therapy Association*, 4, 67-77.
- Silver, R. (1996). Sex Differences in the Solitary and Assaultive Fantasies of Delinquent and Nondelinquent Adolescents. *Journal of Adolescence*, 31, 543-552.
- Silver, R. (2005). *Aggression and Depression Assessed Through Art. Using Draw-A-Story to Identify Children and Adolescents At Risk*. New York: Brunner Routledge.
- Silver, R. (2009). Identifying children and adolescents with depression: review of the stimulus drawing task and Draw A Story research. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26, 174-180.
- Silver, R. (1977). the Question of imagination, originality, and abstract thinking by deaf children. *American Annals of the Deaf* .122, 349-354.
- Silver, R. (1993). Age and Gender Differences Expressed through Drawing: A Study of Attitudes Toward Self and Others. *Artherapy, Journal of the Therapy Association*, 10, 159-168.
- Aggression and depression assessed through art*, 141-158.
- Lan, K. L., Chang Abdullah, M., Roslan, S. (2010). Understanding Media Violence and the Development of Aggressive Behaviour of School Children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 7, 522-527.
- Marshall, C., Rossman, G. B. (1991) "*Designing Qualitative Research*". Sage Publications, Inc. USA.
- Nelson, L. J., Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2005). Social withdrawal, observed peer acceptance, and the development of self-perceptions in children ages 4 to 7 years. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 185-200.
- Ozdemir, S. B. (2009). *Turkish Mothers Attributions, Emotions, Strategies, and Goals in Response to Aggressive and Socially Withdrawn Behaviors*. Doctoral Dissertation, University of Maryland. AAT: 1477246.
- Pataki, C. S. & Carlson, G. A. (1995). Childhood and Adolescent Depression. *A review. Harvard Review of Psychology Psychiatry*, 3, 140-151.
- Raia, K. (2010). *An Examination of Social Cognitions in Young Children with Differing Behavioral Characteristics*. Doctoral Dissertation. University of Florida. AAT:3385983.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. Bowker, J. C. (2009). Socially Withdrawn in Children. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171.
- Salovey, P. & Sluyter, D. (1997). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic Books.
- Schachter, L. S. (1999). *Developing and testing a computer-assisted scoring method for the Children's Apperception Test*. Doctoral Dissertation. University of Pittsburgh. AAT9919333.
- Silver, R. (1989). *Developing Cognitive and Creative Skills through Art*. New York: Albin Press.
- Silver, R. (1987). Sex Differences in the Emotional Content of Drawings. *Art*

رابطه سبک‌های مقابله‌ای با افسردگی پسران و دختران نوجوان

سالار فرامرزی^{۱*}، محمدرضا عابدی^۲، محمد کریمی^۳

۱- استادیار روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

salarfamarzi@yahoo.com

۲- دانشیار مشاوره و راهنمایی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Dr.mr.abedi@gmail.com

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، خوراسگان، ایران

Karimi529@yahoo.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای با افسردگی نوجوانان بود. به این منظور از بین دانش‌آموزان دبیرستانی شهر لردگان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ با استفاده از روش خوشه‌ای تعداد ۳۴۱ دانش‌آموز (۱۴۰ پسر و ۱۴۱ دختر) انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. شرکت کنندگان در این پژوهش به سؤالات پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای نوجوانان فرایدنبرگ و لویس، پرسشنامه افسردگی بک، و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مؤلفین مقاله، پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون معنادار بودن همبستگی و روش تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل گردید. نتایج به دست آمده نشان داد که میزان افسردگی دختران بیشتر از پسران است. علاوه بر این، بین سبک مقابله مسأله محور با افسردگی در هر دو جنس و بین سبک مقابله هیجان محور با افسردگی دختران همبستگی منفی مشاهده گردید ($p < 0/001$). بین سبک مقابله ناکارآمد با افسردگی شرکت کنندگان نیز همبستگی مثبت یافت گردید ($p < 0/001$). این پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور، هیجان محور و ناکارآمد، توانایی پیش‌بینی معنادار افسردگی نوجوانان را دارند؛ در نتیجه استفاده از سبک‌های مقابله مسأله محور و هیجان محور با کاهش و استفاده از سبک مقابله ناکارآمد، با افزایش میزان افسردگی نوجوانان همراه است.

واژه‌های کلیدی: سبک مقابله، افسردگی، نوجوانان.

مقدمه

انتقال از کودکی^۱ به نوجوانی^۲ تحت تأثیر تغییرات مهم در سطوح عاطفی و شناختی است (هولت^۳، ۲۰۱۱). نوجوانی دوره‌ای است که در آن تغییرات آشکار بیولوژیک، شناختی، اجتماعی و عاطفی واقع می‌گردد (پامپیلی و همکاران^۴، ۲۰۰۹). در واقع، صرف نظر از دوره نوزادی در هیچ دوره‌ای از زندگی تغییراتی به اندازه دوره نوجوانی در فرد روی نمی‌دهد. در طی این دوره، نوجوانان بلوغ را تجربه می‌کنند که بر رشد جسمانی، فیزیولوژیکی و روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد. تغییرات قابل ملاحظه‌ای در مفهوم خود صورت می‌گیرد، نوجوانان بحران هویت را تجربه می‌کنند، مسائل و مشکلات عاطفی آنان افزایش می‌یابد، برای پذیرش مسئولیت‌های بزرگسالانه و ورود به صحنه سیاسی و اجتماعی جامعه آماده می‌شوند و نسبت به انتخاب یک شغل در آینده و تشکیل زندگی خانوادگی مشغله ذهنی پیدا می‌کنند (گنجی، ۱۳۷۶).

از میان مشکلات مهمی که نوجوانان در طول دوره نوجوانی تجربه می‌کنند، افسردگی^۵، توجه بسیاری از محققین را به خود جلب کرده است. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جوامع انسانی به شمار می‌رود.

در نوجوانان علائم برجسته افسردگی ممکن است به صورت اخم و ترشروی یا منفی‌گرایی، گوشه‌گیری، شکایت از درک نشدن و مورد تحسین

واقع نشدن، عملکرد تحصیلی ضعیف، مصرف مواد مخدر، رفتارهای ضد اجتماعی، بی‌مبالاتی جنسی، مدرسه‌گریزی، فرار از خانه، سوء مصرف داروها، و خودکشی مشخص شود (آقایی و همکاران، ۱۳۸۵). بسیاری از موارد افسردگی نوجوانان ممکن است ناشناخته و بدون تشخیص باقی مانده، تحت درمان مناسب قرار نگیرد.

شناسایی ویژگی‌های مقابله‌ای^۶ یکی از موضوع‌های مورد بررسی در نوجوانان می‌باشد که کمبود در این زمینه می‌تواند پیامدهای زیانباری مانند افسردگی و خودکشی را به دنبال داشته باشد. به نظر می‌رسد میزان و نوع مقابله نوجوان با مشکلات، بیشتر از نوع مشکل، در میزان آسیب‌زایی مؤثر باشد. اگر چه هر تغییری اعم از بزرگ یا کوچک فشارزا تلقی می‌شود و فرد را وادار به مقابله می‌کند، با وجود این، فشارها همیشه بد و ناخوشایند نیستند. در واقع شاید بتوان گفت که فشارهای روانی و حتی شدت آن‌ها در نوع خود، بد و ناسازگارانه نیستند بلکه مهم چگونگی مقابله با این شرایط است، بنابراین راهبردهایی که فرد برای مقابله انتخاب می‌کند، جزئی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی محسوب می‌شوند (پترسن^۷، ۱۹۹۳، به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۶). فهم سبک‌های مقابله می‌تواند در زمینه شناخت دوران رشد و درمان بالینی (به‌ویژه مشاوره) مؤثر باشد (فرایدنبرگ^۸ و لويس^۹، ۱۹۹۳). گارسیا (۲۰۰۹) نیز معتقد است که مقابله، ساختی^{۱۰} مهم در زمینه فهم چگونگی واکنش نوجوانان به

⁶ coping

⁷ Petersen

⁸ Frydenberg

⁹ Lewis

¹⁰ construct

¹ childhood

² adolescence

³ Holt

⁴ Pompili et al

⁵ depression

بر اساس ماهیت و هدف اصلی پژوهش مبنی بر بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای با افسردگی، روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه و نمونه آماری: جامعه آماری در تحقیق حاضر کلیه (۳۰۱۷ نفر) دانش‌آموز شاغل به تحصیل در مقطع متوسطه شهر لردگان در سال تحصیلی ۹۰ - ۱۳۸۹ بوده است. برای نمونه‌گیری از روش تصادفی خوشه‌ای استفاده گردید. برای تعیین حجم نمونه مورد نظر، از جدول کرجسی^۲ و مورگان (۱۹۷۰) استفاده گردید. بر اساس جدول و با در نظر گرفتن حجم جامعه، حجم نمونه ۳۴۱ نفر تعیین گردید. البته برای جلوگیری از افت آزمودنی و حذف پرسشنامه‌های ناقص تعداد ۳۸۴ دانش‌آموز مورد آزمون قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات: برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس سبک‌های مقابله‌ای نوجوانان فرایدنبرگ و لوئیس استفاده گردید. این ابزار در سال ۱۹۹۳ توسط فرایدنبرگ و لوئیس و با هدف اندازه‌گیری نحوه مقابله در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله و بر مبنای نظریه لازاروس طراحی شده است. این فرم با ۸۰ سوال، ۱۸ راهبرد مقابله‌ای را از هم متمایز می‌کند. این راهبردها با اجرای تحلیل عاملی در سه سبک قرار گرفته‌اند که دو سبک حل مسأله و ارجاع به دیگران، معادل سبک‌های مسأله محور و هیجان محور، سبک‌های سازش یافته هستند، سبک سوم که سبک غیرمولد نامیده می‌شود یک سبک سازش نایافته است. هر یک از ۱۸ راهبرد شامل ۳ تا ۵ پرسش است و نمره‌گذاری آن‌ها بر اساس مقیاس

فشارهای روانی فراوان و انطباق‌هایی است که آن‌ها تجربه می‌کنند.

وایت^۱ (۱۹۷۴، به نقل از کافی، ۱۳۷۵) مقابله را تلاش فعال برای حل تنیدگی و افزایش راه‌حل‌های کارآمد برای چالش‌ها و خواسته‌های هر مرحله از تحول دانسته است و آن را شامل سه مؤلفه می‌داند: فهم معنای موقعیت چالش‌انگیز، انجام عمل مناسب (حل مسأله)، و داشتن هیجانات قدرتمند.

افسردگی، ناامیدی، سرخوردگی و نظایر آن در نوجوانان زیاد دیده می‌شود که خود حاصل عوامل دیگری هستند. کوشش برای یافتن این عوامل ادامه دارد و به‌خصوص توجه به نقش سبک‌های مقابله‌ای و روش‌های کنار آمدن نوجوانان با مسائل و مشکلات زندگی رو به افزایش است. از این رو و با توجه به این نکته که درصد بالایی از جمعیت کشورمان را نوجوانان تشکیل داده‌اند، بررسی مشکلات و مسائل آنان ضروری است و کارهای پژوهشی بیشتری را می‌طلبد.

در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای با افسردگی نوجوانان انجام گردیده است و در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که:

کدام یک از سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور، هیجان محور و ناکارآمد، افسردگی را در نوجوانان پیش‌بینی می‌کند؟

روش

² Krejcie

¹ White

همچنین مطالعات روان‌سنجی انجام شده حاکی از نتایج مطلوب کاربرد این آزمون بر روی نوجوانان است (هارینگتون، ۱۹۹۳).

پرسشنامه جمعیت شناختی مؤلفین مقاله: این پرسشنامه حاوی ماده‌هایی در رابطه با سن، جنسیت، رشته تحصیلی، میزان تحصیلات پدر و مادر، تعداد خواهر و برادر، وضعیت اقتصادی خانواده، و سوابق افسردگی در خانواده و نیز سوابقی از طلاق و جدایی والدین بوده است.

روش گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای گردآوری اطلاعات پس از هماهنگی‌های لازم، به دبیرستان‌های مورد نظر مراجعه گردید. پس از انتخاب کلاس‌ها به صورت تصادفی، به کلاس مورد نظر مراجعه شد و پس از انجام مقدمات و ایجاد رابطه مناسب و کسب رضایت دانش‌آموزان، توضیحات لازم به آن‌ها ارائه گردید. از دانش‌آموزان خواسته شد که به ترتیب پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای و پرسشنامه افسردگی بک را کامل نمایند. پس از دریافت پرسشنامه‌ها با استفاده از کد عددی که به هر بسته پرسشنامه داده شده بود، پرسشنامه‌ها شناسایی و نمره‌گذاری گردیدند.

روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: چون داده‌های حاصل از این پژوهش به صورت کمی (عدد و رقم) جمع‌آوری شد و طرح پژوهش نیز غیرآزمایشی بود. تحلیل کمی روی داده‌ها صورت گرفت و پیش فرض‌های بهنجار بودن توزیع، استقلال مشاهدات و پیوسته بودن متغیر مورد اندازه‌گیری در

لیکرت به صورت همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت و هرگز، انجام می‌شود.

فرایدنبرگ و لوئیس (۱۹۹۱) همبستگی ۰/۴۴ تا ۰/۸۴ را بعد از دو هفته بازآزمایی در هجده مقیاس این آزمون گزارش کردند. گلای شاو و همکاران (۱۹۸۹)، به نقل از داعی‌پور، (۱۳۷۸) پایایی این آزمون را پس از پنج ماه، نزدیک به ۰/۶۰ گزارش کردند. ترجمه و هنجاریابی این آزمون در سال ۱۳۷۸ به وسیله داعی‌پور انجام شده است و همبستگی به دست آمده بین راهبردهای هجده‌گانه، بین ۰/۲۹ تا ۰/۸۸ محاسبه گردیده است.

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گروه از عبارات است که شدت علائم افسردگی را در زمینه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی ارزیابی می‌کنند. برای هر یک از ماده‌ها ۴ گزینه وجود دارد که دامنه درجه‌بندی آن از صفر (فقدان) تا سه (شدید) است. بنابراین نمرات کلی، محدوده‌ای بین صفر تا ۶۳ را در بر می‌گیرد.

بک در سال ۱۹۷۲ گزارش داد که پایایی این پرسشنامه با روش اسپیرمن-براون در حدود ۰/۹۳ است. اعتبار بازآزمایی آن بر حسب فاصله دو آزمون و جمعیت تحت مطالعه، از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ بوده است. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی هامیلتون ۰/۷۳، مقیاس خودسنجی افسردگی زونک ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI-D ۰/۷۶ است. بررسی اعتبار محتوایی همزمان و افتراقی، همچنین تحلیل عاملی نتایج مطلوبی فراهم آورده است (دانش منفرد، ۱۳۸۰).

در ایران نیز، یزدان دوست پایایی آزمون را ۰/۴۹ گزارش نموده است (به نقل از حناساب‌زاده، ۱۳۷۸).

است:

جدول ۱. فراوانی شرکت کنندگان بر حسب جنسیت

متغیر	فراوانی	درصد	میانگین سنی
پسر	۱۷۰	۴۹/۸۵	۱۶/۶۴
دختر	۱۷۱	۵۰/۱۵	۱۶/۵۵
جمع	۳۴۱	۱۰۰	۱۶/۵۹

در جدول (۲) نیز افسردگی پسران و دختران شرکت کننده در تحقیق مورد مقایسه قرار گرفته است. با توجه به نتایج آزمون t مقایسه میانگین گروه‌های مستقل، تفاوت افسردگی دختران و پسران شرکت کننده در پژوهش، در سطح خطای ۱ درصد مشخص گردید.

جدول ۲. مقایسه میانگین افسردگی دختران و پسران شرکت کننده در پژوهش

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	سطح معناداری
۱۷۰	۱۳/۷۸۸	۱۰/۳۷۴	-۳/۴۵۷	۳۲۶/۴۵۵	۰/۰۰۱
۱۷۱	۱۸/۱۳۴	۱۲/۷۳۰			

صورت که یک انحراف معیار افزایش در نمره سبک مقابله‌ای مسأله محور به میزان ۰/۳۳، انحراف معیار میزان افسردگی را کاهش می‌دهد ($p < ۰/۰۰۱$). علاوه بر این، سبک مقابله‌ای ناکارآمد نیز می‌تواند افسردگی پسران را پیش‌بینی نماید؛ با این توضیح که یک انحراف معیار افزایش در نمره سبک مقابله‌ای ناکارآمد به میزان ۰/۲۱۷، انحراف معیار میزان افسردگی پسران را افزایش می‌دهد ($p < ۰/۰۰۱$). از میان متغیرهای جمعیت شناختی، فقط سن می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی نماید، به این صورت که افزایش یک انحراف معیار سن، به میزان ۰/۱۸۸،

این تحقیق رعایت شده است و از روش‌های پارامتری مثل میانگین، رگرسیون و ضریب همبستگی دو متغیری پیرسون استفاده گردید. برای سنجش ارتباط بین متغیرهای تحقیق نیز از تحلیل رگرسیون استفاده گردید. در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از برنامه نرم‌افزاری آماری SPSS ۱۸ استفاده گردید.

یافته‌ها

همانگونه که قبلاً بیان گردید تعداد ۳۴۱ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر لردگان در این تحقیق شرکت نموده بودند که در جدول ۱، فراوانی شرکت کنندگان بر حسب جنسیت ارائه گردیده

برای پاسخ به سوال پژوهش، با توجه به معناداری اختلاف افسردگی بین دو جنس، تحلیل رگرسیون در هر دو جنس به صورت مستقل صورت گرفت. در هر دو تحلیل سبک مقابله مسأله محور، هیجان محور و ناکارآمد و نیز متغیرهای جمعیت شناختی سن، جمعیت خانواده و نیز وضعیت اقتصادی خانواده به عنوان متغیر پیش‌بین و افسردگی به عنوان متغیر ملاک، مورد بررسی قرار گرفت، که نتایج در جدول ۳ و ۴ آمده است. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که سبک مقابله‌ای مسأله محور بهترین پیش‌بینی کننده افسردگی در پسران است؛ به این

انحراف معیار افسردگی پسران را پیش‌بینی می‌نماید ($p < 0/001$). علاوه بر این سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور و هیجان محور نیز قادر به پیش‌بینی افسردگی دختران هستند به این صورت که هر کدام به ترتیب می‌توانند $0/284$ و $0/244$ ، انحراف معیار میزان افسردگی دختران را کاهش دهند ($p < 0/001$). متغیرهای جمعیت شناختی قادر به پیش‌بینی افسردگی دختران نبودند.

در مورد دختران نتایج نشان داد که سبک مقابله‌ای ناکارآمد، بهترین پیش‌بینی کننده افسردگی در دختران است؛ به این صورت که یک انحراف معیار افزایش در نمره سبک مقابله‌ای ناکارآمد به میزان $0/408$ ، انحراف معیار میزان افسردگی را افزایش می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون برای پیش‌بینی افسردگی از طریق سبک‌های مقابله‌ای، سن، جمعیت خانواده، و وضعیت اقتصادی خانواده پسران شرکت کننده در پژوهش

مرحله	سبک مقابله	R	R ²	B	خطای استاندارد	β	t	معناداری
ملاک	افسردگی							
پیش‌بین	مسأله محور	0/278	0/077	-0/033	0/009	0/330	-3/540	0/001
پیش‌بین	هیجان محور	-0/276	0/076	-0/017	0/015	0/104	-1/121	0/264
پیش‌بین	ناکارآمد	0/047	0/002	0/026	0/010	0/217	2/632	0/009
پیش‌بین	سن	0/179	0/032	1/460	0/567	0/188	2/573	0/011
پیش‌بین	جمعیت	0/096	0/009	0/224	0/309	0/052	0/723	0/470
پیش‌بین	وضعیت اقتصادی خانواده	-0/159	0/025	-2/676	2/093	-0/092	-1/27	0/203

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون برای پیش‌بینی افسردگی از طریق سبک‌های مقابله‌ای و سن، جمعیت خانواده و وضعیت اقتصادی خانواده دختران شرکت کننده در پژوهش

مرحله	سبک مقابله	R	R ²	B	خطای استاندارد	β	t	معناداری
ملاک	افسردگی							
پیش‌بین	مسأله محور	-0/303	0/091	0/039	0/012	-0/284	-3/240	0/001
پیش‌بین	هیجان محور	-0/348	0/121	-0/059	0/020	-0/244	-2/917	0/004
پیش‌بین	ناکارآمد	0/278	0/072	0/072	0/012	0/408	5/860	0/000
پیش‌بین	سن	-0/076	0/005	-1/027	1/008	-0/072	-0/019	0/310
پیش‌بین	جمعیت خانواده	-0/017	0/000	0/023	0/420	0/004	0/055	0/956
پیش‌بین	وضعیت اقتصادی خانواده	-0/091	0/008	0/105	2/571	0/003	0/041	0/968

بحث

سازگاری و مقابله مسأله محور با مشکلات رفتاری در کودکان پیش دبستانی ارتباط منفی گزارش نمود. در مورد سبک مقابله‌ای هیجان مدار نیز نتایج نشان داد که بین نمرات سبک مقابله هیجان محور با نمرات افسردگی دختران همبستگی منفی وجود دارد. یافته‌های این قسمت از تحقیق با یافته‌های غضنفری (۱۳۸۳)، کافی (۱۳۷۵)، و گونزالس و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۱) همخوانی داشته و با نتایج تحقیقات گودرزی و معینی رودبالی (۱۳۸۵)، استینر و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۳)، هرمان استال و همکاران^{۱۲} (۱۹۹۵)، و کمپاس^{۱۳} (۱۹۸۸) مغایرت دارد. در تبیین این موضوع لازم است یادآور شویم که در مقابله هیجان محور، هدف افراد آرام ساختن خود است. افراد، به‌ویژه دختران، با ابراز عواطفی مانند گریه کردن، بی‌قراری کردن، درد دل کردن با اطرافیان و نزدیکیان، پرت کردن حواس و دعا و نیایش سعی می‌کنند بر اوضاع مسلط شوند. نکته مهم آن است که استفاده از سبک مقابله هیجان محور با سبک مقابله مسأله محور که وابسته به اثرات تنظیمی است، به همراه یکدیگر، قابل تصور است. در این حالت، فرد در ابتدا با استفاده از مقابله هیجانی محور خود را آرام ساخته، سپس با استفاده از مقابله مسأله محور سعی می‌کند تا بر فشار روانی پیروز شود. مغایرت یافته‌های این قسمت از پژوهش با بسیاری از سایر پژوهش‌ها در این زمینه، ممکن است به بافت جامعه مورد تحقیق نیز مربوط باشد؛ به این صورت که بسیاری از تحقیقاتی که نتایج آن‌ها با نتیجه این

یافته‌های پژوهش حاضر در مورد ارتباط سبک‌های مقابله‌ای با افسردگی نشان داد که بین سبک مقابله‌ای مسأله محور با افسردگی در هر دو جنس رابطه معنادار وجود دارد. یافته‌های پژوهش در این مورد با یافته‌های فرخی و همکاران (۱۳۸۵)، نظام‌زاده و قمری گیوی (۱۳۸۷)، فلستن^۱ (۱۹۹۸)، ویتالیانو و همکاران^۲ ۱۹۹۰، به نقل از موس و اسکافر^۳ (۱۹۹۳) وانگ و پتن (۲۰۰۲) و نوربرگ و همکاران^۴ (۲۰۰۵) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان به نظریه تبدلی لازاروس و فولکمن اشاره نمود که افسردگی را پیامد تنیدگی‌هایی می‌دانند که از یک مقابله مناسب و موفقیت‌آمیز محروم مانده است (آقایوسفی، ۱۳۷۸).

علاوه بر این، آلدوین^۵ و رونسون^۶ (۱۹۸۷) معتقدند که روش‌های مقابله مسأله محور همانند یک ضربه‌گیر در برابر فشار روانی عمل می‌کنند. تحقیقات نشان داده است که نوجوانانی که از راهبردهای مواجهه‌ای یعنی راهبردهایی که به رویارویی با مسأله، چه به صورت هیجان مدار و چه به صورت مسأله مدار در موقعیت‌های فشارزا می‌پردازند، کمتر از کسانی که به راهبردهای اجتنابی پناه می‌برند، هیجان‌های منفی دارند (گومز^۷، ۱۹۹۸، به نقل از الگار و همکاران^۸، ۲۰۰۳). هالپرن^۹ (۲۰۰۴) نیز بین تلاش‌های کلی

¹ Felsten

² Vitaliano et al

³ Schafer

⁴ Norberg et al

⁵ Aldwin

⁶ Revenson

⁷ Gomez

⁸ Elgar et al

⁹ Halpern

¹⁰ Gonzales et al

¹¹ Steiner et al

¹² Herman-Stahl et al

¹³ Compas

جمعیت غیربالینی صورت گرفت، بنابراین در تعمیم نتایج به افراد دچار افسردگی بالینی باید احتیاط شود. علاوه بر این، همانند سایر تحقیقات مشابه، احتمال تأثیر سوگیری مطلوب نمایی اجتماعی یا خدمت به خود شرکت کنندگان در پاسخ دهی به پرسشنامه‌ها وجود داشت. در نهایت این پژوهش در سال ۱۳۹۰ و در دبیرستان‌های شهر لردگان صورت گرفته و باید در تعمیم نتایج آن در زمان‌ها و مکان‌های دیگر احتیاط لازم صورت بگیرد.

از آنجا که نوجوانان، آینده سازان کشور هستند و نیز با توجه به این که درصد چشم‌گیری از جمعیت جامعه را نوجوانان تشکیل می‌دهند، تلاش برای بهبود سلامت روانی آنان از وظایف مهم جامعه علمی است. در این راستا و در ارتباط با این تحقیق، پیشنهاد‌های مختلفی به نظر می‌رسد که به برخی از آنان اشاره می‌شود: برگزاری کارگاه‌های آموزشی مدیریت فشار روانی و مهارت‌های مقابله‌ای برای نوجوانان، مطالعه افسردگی در تمامی ابعاد و ارائه راهکارهای کاهش و پیشگیری آن به صورت رسمی در مدارس کشور، توجه به نقش سبک‌های مقابله‌ای و ارتباط آن با کاهش افسردگی در برنامه‌های پرورشی و فوق برنامه مدارس، معرفی سبک‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد برای نوجوانان، تا آن‌ها بتوانند با انتخاب درست، در برابر طیف وسیع و متنوع مشکلات روانی دوره نوجوانی، از شیوه‌های مؤثرتر استفاده نموده و سلامت روان خود را حفظ نمایند و در نهایت همکاری صدا و سیما و سایر رسانه‌های عمومی در جهت آگاه ساختن نوجوانان از روش‌های مطلوب برخورد با مسائل و مشکلات، در جهت کاهش نابسامانی‌های روانی.

تحقیق مغایرت دارد، در زمینه‌ای بسیار متفاوت از زمینه تحقیق حاضر صورت گرفته‌اند. این پژوهش در جامعه‌ای سنتی به اجرا درآمده است که راهبردهایی همانند جستجوی حمایت معنوی، جستجوی حمایت اجتماعی و اقدام اجتماعی که طی آن فرد دیگران را از مشکل خود با خبر می‌سازد و با طلب حمایت آن‌ها را مطلع می‌سازد، به‌ویژه در دختران، هنوز به وفور مورد استفاده قرار گرفته است و علی‌رغم جوامع غیرسنتی، کمک گرفتن از دیگران، هنوز یک هنجار تلقی گردیده، به‌عنوان یک راهبرد کارآمد مورد استفاده قرار می‌گیرد، و در نتیجه منجر به کاهش مشکلاتی مانند افسردگی می‌گردد.

در مورد ارتباط بین سبک مقابله‌ای ناکارآمد با افسردگی، نتایج نشان داد که بین نمرات سبک مقابله ناکارآمد با نمرات افسردگی شرکت کنندگان نیز رابطه معنادار آماری وجود دارد. همانگونه که قبلاً بیان گردید سبک مقابله ناکارآمد شامل راهبردهایی از جمله نگرانی، کوشش جهت حفظ تعلق خاطر، تفکر آرزومندانه، کنار نیامدن، نادیده گرفتن مشکل، کاهش تنش، خودداری و سرزنش خود است. با در نظر گرفتن این راهبردها، می‌توان تصور نمود که در این سبک مقابله، فرد در واقع به نوعی دست به انکار فشار روانی می‌زند (وقری، ۱۳۷۹)؛ با توجه به این نکته، می‌توان نتیجه گرفت که به کارگیری این سبک مقابله منجر به افزایش مشکلات روانی از جمله افسردگی گردد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است که از بین آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ماهیت همبستگی مطالعه حاضر، نتیجه‌گیری علی در مورد یافته‌های آن را دشوار می‌سازد. این پژوهش بر

عاملی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای نوجوانان. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی. ۱۱: صص ۱۸۹-۲۰۸. داعی‌پور، پ. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی مقیاس مقابله‌ای نوجوانان در دانش‌آموزان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

شاهمیری، ح و قریش‌زاده، م. ع. (۱۳۸۴). رابطه راهبردهای مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۲۸، ۱: صص ۸۱-۸۶.

غضنفری، ا. (۱۳۸۳). اعتباریابی مقیاس مقابله نوجوانان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱۱، ۳: صص ۲۹۰-۲۹۷.

کافی، م. (۱۳۷۵). بررسی شیوه‌های رویارویی با تنیدگی روانی و ارتباط آن با سلامت روانی در نوجوانان مدارس عادی و خاص شهر تهران. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس.

گودرزی، م. ع و معینی رودبالی، ز. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین سبک‌های سازگاری و سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی. دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار. ۱۹، ۱۳: صص ۲۳-۳۲.

گنجی، ح. (۱۳۷۶). بهداشت روانی. تهران: ارسباران، چاپ اول. صص ۱۳۱-۱۳۳.

نظام‌زاده، ض و قمری گیوی، ح. (۱۳۸۷). ساز و کارهای دفاعی و راه‌های مقابله در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی اساسی. مجله

در زمینه فعالیت‌های پژوهشی نیز به نظر می‌رسد که انجام تحقیقاتی در جهت تکمیل یافته‌های این پژوهش مفید واقع گردد: انجام پژوهش‌های مشابه در جمعیت‌های سنی و فرهنگی متفاوت، انجام پژوهش با استفاده از سایر پرسشنامه‌های متناسب سن نوجوانان در جهت افزایش اعتبار یافته‌ها، اجرای پژوهش‌های مشابه بر روی جمعیت بالینی، استفاده از روش‌های مداخله‌ای ممکن برای بررسی تأثیر سبک‌های مقابله بر افسردگی و در نهایت، بررسی سایر عوامل مؤثر بر افسردگی نوجوانان.

منابع

آقایوسفی، ع. (۱۳۷۸). معرفی جدیدترین روی‌آوردهای روان‌درمان‌گری، بنیان‌های نظری و راهبردهای عملی. چاپ اول: قم، انتشارات شهریار. صص ۲۳۹-۲۸۷.

آقای، ا، رفیعیان اصفهانی، م، نیک‌یار، ح. ر و مهدیزادگان، ا. (۱۳۸۵). مقایسه سه شیوه دارو درمانی، شناخت درمانی و رفتار درمانی در کاهش افسردگی نوجوانان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی. ۲۹: صص ۶۹-۸۰.

حناسب‌زاده اصفهانی، م. (۱۳۷۸). بررسی کارایی درمان شناختی رفتاری روی نگرش‌های ناسالم و علائم افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی (مطالعه تک موردی). پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: انستیتو روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. دادستان، پ، علیپور، ا، حاجی‌زادگان، م و عسگری، ع. (۱۳۸۶). اعتباریابی، رواسازی و تعیین ساختار

- Holt, MK. (2011). Individual and contextual factors for bullying and peer victimization: Implications for prevention. *Journal of School Violence*, 10, 201-212.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Moos RH, Schaefer JA. (1993). *Coping resources and processes: Current concept and measures*. In Goldberger L & Brezitz S (Eds.), *Handbook of Stress*: 234-257.
- Norberg I A, Lindblad F, Boman K K. (2005). Coping strategies in parents of children with cancer. *Social Science & Medicine*, 60: 951- 965.
- Pompili M, Masocco M, Innamorati M. (2009). Suicide among Italian adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 18: 525 -533.
- Steiner H, Erickson MS, Hernandez NL, Pavelski R. (2003). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 30: 326 -338.
- Wang J, Patten SB. (2002). The moderating effects of coping strategies on major depression of the general population. *Canadian Journal of psychiatry*, 47: 167-173.
- روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱، ۱۴: صص ۳۳-۳۸.
- وقری، ع. ا. (۱۳۷۹). بررسی رابطه خودکارآمدی سبک‌های مقابله با بحران در زوج‌های جوان. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت معلم.
- Aldwin, C. & Levenson, M. (1987). *The Handbook of Midlife Development*. New York: Wiley.
- Compas BE, Malcarne VL, Fondacaro RM. (1988) Coping with stressful events in children and young adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 56: 405-411.
- Elgar J, Arlett C, Groves R. (2003). Stress, coping and behavioral problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescents*, 26:574-585.
- Felsten, G. (1998). Gender and coping: Use of distinct strategies and associations with stress and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11: 289-309.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *Adolescent Coping Scale: Administrator's manual*. The Australian Council for Educational Research, Hawthorn.
- Garsia, C. (2009). Conceptualization and Measurement of Coping during Adolescence: A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:2, 166-185.
- Gonzales NA, Tein JY, Sandler I N, Friedman RJ. (2001). on the limits of coping: interaction between Stress and coping for inner city adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 16: 372-395.
- Halpern LF. (2004). The relations of coping and family environment to preschooler's problem behavior. *Applied Developmental Psychology*, 25: 399- 421.
- Harrington, R. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. West Sussex. John Wiley & sons LTD.
- Herman-Stahl MA, Stemmler M. Petersen AC. (1995). Approach and Avoidant coping: implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 6: 649- 665.

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال سوم، شماره دوم، پیاپی (۵)، پاییز و زمستان ۱۳۹۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۷

صص: ۲۷-۴۰

مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی، با حمایت خانوادگی و بدون حمایت آن‌ها در کاهش استرس زناشویی بیماران کرونری قلب

اسحق رحیمیان بوگر^{۱*}، محمود نجفی^۲، ضیاء قائم مقام فراهانی^۳، سولماز دبیری^۴

۱- استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

eshaghrahimian@yahoo.com

۲- استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

najafy2001ir@yahoo.com

۳- استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

zg.farahani@yahoo.com

۴- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

sh_dabiri@yahoo.com

چکیده

استرس زناشویی از عوامل مهم بروز و تداوم بیماری کرونری قلب و پیامدهای نامطلوب این بیماری است. هدف اساسی پژوهش حاضر، اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی و بدون حمایت آن‌ها، بر استرس زناشویی در بیماران کرونری قلبی بود. در یک طرح پژوهشی شبه آزمایشی، از بین بیماران کرونری قلبی شهر تهران، تعداد ۵۹ نفر از مردان متاهل به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. شرکت کنندگان مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران، پرسشنامه حمایت خانوادگی و پرسشنامه جمعیت شناختی را طی سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری تکمیل کردند. فقط گروه‌های آزمایش طی ۷ جلسه (هفته‌ای یک بار) تحت مداخلات درمانی و ۶ ماه پس از مداخله مورد پیگیری قرار گرفتند. طبق نتایج بین اثربخشی درمان بین گروه فعال‌سازی رفتاری - قراردادی گروهی، گروه فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی و گروه کنترل در کاهش علائم استرس زناشویی، تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). متخصصان بالینی می‌توانند به منظور ارتقای کیفیت زندگی و بهبودی بیماران از این درمان برای کاهش استرس زناشویی بیماران کرونری قلبی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: فعال‌سازی رفتاری، حمایت خانوادگی، استرس زناشویی، بیماری کرونری قلبی

مقدمه

بیماری کرونری قلبی^۱ (CHD) یکی از عوامل اصلی مرگ در اغلب نقاط دنیا است و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم این بیماری در حال افزایش است (المحمید و همکاران^۲، ۲۰۱۲، بلنکشتاین و هافمن^۳، ۲۰۱۲). عوامل مهمی نظیر فشار روانی، تعارضات بین فردی و رفتارهای خصومت آمیز می‌تواند به انقباض نابهنجار کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی‌نظمی‌های بدخیم قلبی و در پایان به ناتوانی قلب و افزایش مرگ و میر منجر شود (ویلیامز و همکاران^۴، ۲۰۰۹، اسمیت و ریوز^۵، ۲۰۰۲، آلبوس^۶، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در میان متغیرهای روانی - اجتماعی، استرس حاد و مزمن از عمده‌ترین عوامل خطر برای بروز و سیر بیماری کرونری قلب هستند (باربیراتو و همکاران^۷، ۲۰۱۰، هولمز و همکاران^۸، ۲۰۰۶). از طرفی، دیگیاکامو و همکاران^۹ (۲۰۰۷) استرس را از شایع‌ترین پیامدهای نامطلوب بیماری‌های عروق کرونری می‌دانند و معتقدند که این پیامدها در نهایت سیر این دسته از بیماری‌های قلبی را بدتر و وخیم‌تر می‌سازند. استرس زناشویی به عنوان نوعی استرس روانی - اجتماعی، فرایند چند عاملی است که شامل تعارضات بین فردی در محیط خانوادگی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و همراه با

مجموعه‌ای از پاسخ‌های عصبی - غددی، عملکرد سیستم خودکار و قلبی - عروقی و نیز پاسخ‌های فیزیولوژیک به تنش‌های روانی - اجتماعی است (اکر و همکاران، ۱۳۸۷).

استرس روانشناختی در خانواده، عامل تسریع کننده ایسکمی میوکارد و آنژین در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب تلقی شده است (باکون و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ وانگ و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۷). پاسخ فشار روانی با رهاسازی کاته کولامین‌ها و کورتیکواستروئیدها می‌تواند تراکم پلاکت‌های خونی و انقباض رگ‌های خونی شریان کرونر را افزایش دهد، خطر لخته شدن بافت خونی درون شریان را افزایش دهد و به عروق کرونر آسیب وارد سازد (هامر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۲).

لزوم چنین مداخلات روانی - اجتماعی در کنترل حوادث قلبی - عروقی می‌افزاید. در این میان، روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی^{۱۳} (CBAT) مداخله روانشناختی سریع، کوتاه مدت، اثربخش و نسبتاً جامع برای کنترل علائم روانی - اجتماعی بیماری کرونر قلبی است. حمایت خانوادگی^{۱۴} (FS) نیز که مبتنی بر رویکرد درمان شبکه‌ای است در کاهش استرس‌های زناشویی و خانوادگی در این بیماری به‌کار می‌رود. روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی (CBAT) مبتنی بر مدل رفتار درمانی شناختی، رویکرد تقویت انگیزش و رفتار درمانی است که بیمار را در درمان سهیم می‌کنند و با

¹ coronary heart disease

² Almahmeed etal

³ Blankstein & Hoffman

⁴ Williams etal

⁵ Smith & Ruiz

⁶ Albus

⁷ Barbirato etal

⁸ Holmes etal

⁹ DiGiacomo etal

¹⁰ Bacon etal

¹¹ Wang etal

¹² Hamer etal

¹³ Contracting and Behavioral Activation Therapy

¹⁴ family support

بتوانند بیماران بیشتری را با حداقل هزینه، تحت درمان قرار دهد که این ویژگی در مدل درمانی GCBAT وجود دارد و لذا بر اهمیت آن می‌افزاید.

با توجه به مشکلات و شرایط موجود درباره وضعیت درمان بیماری کرونری قلب، پژوهشگران قصد دارند دیدگاه جامع‌تری را برای درمان این بیماری مورد آزمون قرار دهند. به نظر می‌آید با ایجاد تغییراتی در CBAT یک روش اثربخش و منسجم‌تری را می‌توان ارائه داد. از طرف دیگر، پژوهشگران قصد دارند این روش را به صورت گروهی در یک پیگیری شش ماهه بررسی کنند. همچنین، برای کامل‌تر نمودن این کارآزمایی بالینی، حمایت خانوادگی (FS) با روش GCBAT به همراه دارو ترکیب و بررسی می‌شود. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی با حمایت خانوادگی و بدون آن بر استرس زناشویی در بیماران کرونری قلبی (CHD) انجام می‌گیرد. مسأله پژوهش حاضر این است که آیا روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی با حمایت خانوادگی و بدون آن بر استرس زناشویی در بیماران کرونری قلبی (CHD) تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری بود. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان در یک کاربندی با سه گروه قرار گرفتند. گروه کنترل پرسشنامه استرس زناشویی را برای سنجش اثربخشی

توجه به اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی همراه با بیماری کرونری قلبی، شبکه حمایت خانوادگی بیمار را وارد درمان می‌نماید. همچنین، رفتارهای روزانه بیمار را مورد توجه قرار می‌دهد (چاوارسکی^۱، ۲۰۰۲، گولیکسون و همکاران^۲، ۲۰۱۱). مداخله CBAT به عنوان یک روش بسیار ساختار یافته با تغییر دادن سبک زندگی به دنبال افزایش بهبودی طولانی مدت بیمار است. فلسفه CBAT مبتنی بر مداخله در سبک زندگی ناسالم و الگوی تدامی استرس‌های متراکم خانوادگی است که به بروز و تداوم بیماری کرونری قلب کمک می‌کند (چاوارسکی، ۲۰۰۲، دتر، ۲۰۱۲). چاوارسکی (۲۰۰۲) این شیوه درمان را تقریباً برای تمامی اختلالات روان‌تنی که با علایم برجسته روان‌شناختی و اجتماعی همراه هستند، کارا و اثر بخش می‌داند. روان‌درمانی CBAT و به تبع آن درمان فعال‌سازی رفتاری - قراردادی گروهی^۳ (GCBAT) دارای دستورالعمل مشخص با اهداف تعریف شده هستند. درمان به شیوه GCBAT یک مداخله کوتاه مدت و متمرکز است که شامل هفت جلسه گروه درمانی می‌باشد که علاوه بر به صرفه بودن از نظر هزینه و زمان، به عنوان روشی کارآمد و موثر موجب افزایش پای‌بندی به اتمام جلسات درمانی از سوی بیمار می‌شود (چاوارسکی، ۲۰۰۲).

وضعیت و روند رو به گسترش بیماری‌های قلبی در ایران نیازمند مدل‌های درمانی است که از یک طرف کارآمد و از طرف دیگر در مدت کوتاهی

⁴ Follow-up

¹ Chawarski

² Gulliksson etal

³ Group contracting and behavioral activation therapy

داشت. از لحاظ عوامل بین گروهی، گروه آزمایش تحت فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی (گروه آزمایش اول) شامل ۱۸ نفر (۳۰/۵٪)، گروه آزمایش تحت فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی (گروه آزمایش دوم) شامل ۲۰ نفر (۳۳/۹٪) و گروه کنترل شامل ۲۱ نفر (۳۵/۶٪) بود. معیارهای ورود به مطالعه حاضر عبارت بودند از رضایت آگاهانه، عدم سوء مصرف مواد، عدم سایر بیماری‌های قلبی به جز بیماری کرونری قلبی، عدم دریافت داروهای اعصاب و روان، عدم دریافت هرگونه مداخله‌ای نظیر یوگا، آرمیدگی و نیز عدم مشارکت در برنامه ارتقای سلامت روان نظیر مدیریت خشم طی یک سال گذشته تا زمان مطالعه.

روش اجرا

مطالعه توسط دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی و یک نفر دکتری روان‌شناسی انجام گرفت. این مطالعه با توجه به رعایت اصول اخلاق پژوهشی، حفظ اسرار شرکت کنندگان و حمایت از حقوق آنان در مطالعه، اخذ رضایت آگاهانه، و توجه به رفاه شرکت کنندگان در تمامی مراحل مطالعه انجام گرفت. بیماران سه گروه دارو مصرف می‌کردند که از لحاظ نوع و دوز دارو، مدت و میزان مصرف هم‌تاسازی شدند و تفاوت بارزی بین سه گروه وجود نداشت که بتواند بر نتایج مطالعه اثر بگذارد. پس از ۷ هفته درمان خاتمه پیدا کرد و نیز بعد از ۶ ماه پیگیری انجام شد. ساختار و محتوای جلسات درمانی GABCT در جدول ۱ ارائه شده است.

درمان تکمیل کردند. گروه دوم (گروه آزمایشی الف) تحت درمان با روش روان‌درمانی GABCT به مدت ۷ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای قرارگرفت. این گروه نیز پرسشنامه استرس زناشویی را تکمیل نمودند. گروه سوم (گروه آزمایشی ب) علاوه بر روش روان‌درمانی GABCT و تکمیل پرسشنامه استرس زناشویی به منظور سنجش اثربخشی درمان، یکی از نزدیکترین افراد خانواده آن‌ها که می‌تواند حمایت خانوادگی وی را تأمین کند، وارد جلسات گروهی مخصوص یکی از اعضای خانواده افراد بیمار شد. در این گروه بر آموزش و مشاوره روانی در خصوص جنبه‌های مختلف بیماری کرونری قلبی و توانبخشی این بیماران و نقش حمایت خانوادگی در بهبود وضعیت آنها تأکید شد. همچنین، مهمترین مسأله شرکت فرد حمایت‌گر در قرارداد درمانی و امضای قرارداد با درمانگر و بیمار در رابطه با ابعاد، اهمیت و نحوه حمایت خانوادگی برای عضو بیمار در خانواده بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری آن دسته از مردان متأهل دچار بیماری قلبی - عروقی شهر تهران بودند که توسط متخصصان معالج خود تشخیص CHD داشتند و به طور داوطلبانه به مراکز درمانی در سطح شهر تهران مراجعه می‌نمودند. داوطلبان شرکت در این پژوهش (۵۹ نفر) به صورت تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه یعنی دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گماشته شدند. دامنه سنی شرکت کنندگان ۳۸ تا ۶۱ سال با میانگین سنی ۴۷/۶۹ سال بود. از لحاظ عوامل درون گروهی، سه نمره پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری وجود

جدول ۱. ساختار و محتوا جلسات درمانی GCBAT

جلسه	محتوا
اول	آموزش قراردادهای رفتاری و سعی در برقراری یک رابطه درمانی خوب با بیماران. قراردادهای رفتاری به شکل نوشته و یا توافق کلامی بین مشاور و بیمار مطرح می‌شد. قراردادهای ساده، روشن و جزئی بودند و درمانگر به بیمار در این خصوص پیشنهاد می‌داد و در رابطه با رسیدن به این اهداف با بیمار صحبت می‌کرد.
دوم	آموزش فعال‌سازی رفتار. تمرکز فعال‌سازی رفتار بر تعامل بین فرد و محیط بود. فعال‌سازی رفتاری نیازمند تغییر در رفتارهای آشکار بود تا اثرات مثبت بیشتری به وجود آورد. راهبردهای فعال‌سازی رفتار بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای مبتنی بود.
سوم	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفابخش گروهی با چهار موضوع توصیه‌هایی در زمینه کلی بیماری؛ انتخاب روش درمانی مناسب وضعیت فرد؛ موضوعات انگیزشی و آموزش در خصوص تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجربیات دیگران.
چهارم	جلسه تمرکز بر جنبه‌های مختلف استرس‌های بین فردی در بیماری قلب و استفاده از تقویت مثبت کلامی. از طریق بیان جملات مثبت و امید بخش بر پیشرفت‌های کوچک بیمار تمرکز شد.
پنجم	تمرکز بر جنبه‌های استرس‌آمیز محیط زناشویی در بیماری قلب و استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی. در این روش فرآیندهایی چون تصمیم برای شروع درمان، حالت خلقی بیمار، بهبود سلسله مراتبی، عوامل فعال‌ساز استرس زناشویی و حالات روانی به صورت گرافیک و تمثیل بیان شد.
ششم	تمرکز بر نحوه پیدایش و سیر استرس زناشویی بیماران. نحوه تشدید و چگونگی کنترل آن.
هفتم	آموزش بیماران در خصوص اجزای پزشکی، روانی - اجتماعی بیماری، مهارت‌های مقابله، مهارت قاطعیت و درمان و نیز در خصوص دسترسی به پزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی و نیز آموزش بازسازی شناختی. همچنین طی این جلسه جمع بندی، خلاصه سازی درمان و ارائه راهکارهای پیگیرانه انجام گرفت.

ابزار	محتوا
۱- مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران ^۱ (STMSS): فرم اصلی این مقیاس، مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS) است که توسط اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) برای پژوهش درباره زنان مبتلا به بیماری قلبی ساخته شد. در عین حال می‌توان از آن برای پژوهش درباره مردان و سایر اختلالات در حوزه روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری نیز استفاده نمود. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این مقیاس صفر (۰) و حداکثر نمره آن ۲۷ است. هر چه نمره فرد در این مقیاس	بالاتر باشد، استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ = ۰/۷۷) و اعتبار سازه آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط، رضایت بخش بود (اورث گومر و همکاران، ۲۰۰۰).
	بشارت و همکاران (۱۳۸۵) فرم ایرانی این مقیاس (مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران) را ترجمه و اعتباریابی کردند که دارای ۱۶ گویه است که با پنج گزینه «بسیار زیاد»، «زیاد»، «متوسط»، «کم»، و «بسیار کم» به ترتیب برابر با ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ نمره هر شرکت کننده را از ۲۴ (حداقل) تا ۱۲۰ (حداکثر) مشخص می‌نماید (دو مورد از سوال‌های این مقیاس پنج قسمتی است و در کل جمع سؤال‌ها به ۲۴

^۱ Stockholm-Tehran Marital Stress Scale

سایر بیماری‌های پزشکی نیز قابل استفاده خواهد بود و می‌توان از این ابزار برای پژوهش‌های اکتشافی در مورد گروه‌های مختلف بیماران، به‌خصوص کسانی که بیشتر از مشکلات پزشکی خاص رنج می‌برند، استفاده کرد.

۲- پرسشنامه سنجش حمایت خانوادگی: در این مطالعه از پرسشنامه حمایت خانواده (FSQ) ارائه شده توسط ساراسون و همکاران^۱ (۱۹۸۳) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۶ سوال است که هر سوال دارای دو قسمت است. در قسمت اول هر سوال از شرکت کننده خواسته می‌شود تعداد افراد خانواده (که در شرایط بحران و هنگام تقاضای کمک خدمت ارائه می‌کنند) را از ۱ نفر تا چند نفر مشخص کند. در قسمت دوم هر سوال میزان رضایت فرد را در یک طیف ۶ گزینه‌ای لیکرتی (کاملاً رضایت دارم=۶، نسبتاً رضایت دارم=۵، اندکی رضایت دارم=۴، اندکی ناراضی‌ام=۳، نسبتاً ناراضی‌ام=۲، کاملاً ناراضی‌ام=۱) مورد سنجش قرار می‌دهد. حداکثر نمره‌ای که پاسخ دهنده در قسمت دوم پرسشنامه دریافت می‌کند ۳۶ و حداقل نمره آن ۶ است. ساراسون و همکاران (۱۹۸۳) پایایی این ابزار را روی ۷۵ نفر زن و ۸۱ نفر مرد از طریق آزمون مجدد برای قسمت اول سوالات $r=0/93$ و برای قسمت دوم یعنی سوالات ۶ گزینه‌ای $r=0/92$ به دست آورده است. همچنین اشمیت^۲ (۲۰۰۵) در یک جامعه بالینی از طریق آلفای کرونباخ ضریب همسانی درونی را برای قسمت اول سوالات $0/89$ و برای قسمت دوم سوالات ۶ گزینه‌ای $0/92$ به دست آورده است.

می‌رسد). ضریب همبستگی بین نمره‌های مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران برای نمونه دوم در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته ($n=36$) به منظور سنجش پایایی بازآزمایی مقیاس برای میانگین کل استرس زناشویی، $0/78$ محاسبه شد که در سطح $P=0/001$ معنی‌دار بود و حاکی از پایایی بازآزمایی مطلوب این مقیاس است (بشارت و همکاران، ۱۳۸۵). برای سنجش همسانی درونی مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران از ضریب آلفای کرونباخ در مورد نمره‌های آزمودنی‌های نمونه اول ($n=60$) استفاده شد و این ضریب برای مقیاس $0/91$ بود که نشانگر همسانی درونی بالای این آزمون است (بشارت و همکاران، ۱۳۸۵). اعتبار همزمان فرم فارسی پرسشنامه مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران با استفاده همزمان از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست و مقیاس افسردگی بک بررسی شد و نتایج همبستگی پیرسون در این موارد نشان داد که بین نمره استرس زناشویی شرکت کنندگان و نمره آنها در زمینه مشکلات زناشویی و افسردگی رابطه مثبت معنی‌دار ($0/53$ و $0/41$) وجود دارد. این همبستگی‌ها در سطح $P=0/001$ معنی‌دار بودند. طبق نتایج مطالعه بشارت و همکاران (۱۳۸۵)، فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران از اعتبار کافی برخوردار است و پایایی و اعتبار لازم برای اجرا در پژوهش بر نمونه‌های ایرانی را داراست. با استناد به یافته‌های فعلی فرم فارسی این مقیاس توسط بشارت و همکاران (۱۳۸۵)، می‌توان از این ابزار ارزشمند در پژوهش‌های مربوط به استرس‌ها و مشکلات زناشویی زوجین استفاده نمود. طبق نظر اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) این ابزار در مورد

¹ Sarason et al

² Schemitt

۳۳ نفر (۹/۵۵٪) در سطح متوسط و ۱۲ نفر (۳/۲۰٪) در سطح پایین بودند. از تعداد کل شرکت کنندگان، ۱۱ نفر (۶/۱۸٪) دارای تحصیلات سوم راهنمایی و پایین‌تر، ۲۳ نفر (۳۹٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم متوسطه، ۱۸ نفر (۵/۳۰٪) دارای تحصیلات در سطح کارشناسی و ۷ نفر (۹/۱۱٪) دارای تحصیلات در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. به علاوه، دامنه سنی ابتلاء شرکت کنندگان به بیماری کرونری قلبی ۵ تا ۱۲ سال با میانگین سنی ۸/۶۳ سال بود. در ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد نمرات استرس زناشویی به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری در جدول ۲ ارائه شده است.

۳- پرسشنامه عوامل جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط پژوهشگران به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سطح تحصیلات تهیه شد. داده‌های حاصله از ابزارها به وسیله آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی) و تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

سن شرکت کنندگان در دامنه ۳۸ تا ۶۱ سال با میانگین سنی ۴۷/۶۹ سال بود. از لحاظ وضعیت اجتماعی - اقتصادی، ۱۴ نفر (۷/۲۳٪) در سطح بالا،

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره استرس زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه بار اندازه گیری

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پی گیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
GABCT همراه با حمایت خانوادگی	۶۲/۲۷	۱۷/۰۳۲	۳۸/۰۰	۱۳/۲۶۶	۳۸/۳۳	۱۳/۱۰
GCBAT به تنهایی	۵۱/۳۰	۲۰/۹۷۶	۳۴/۹۰	۱۴/۲۴۹	۳۶/۶۵	۱۶/۳۲
کنترل	۶۲/۶۶	۲۲/۶۹۴	۵۹/۷۱	۲۱/۷۷۴	۶۲/۷۶	۲۲/۲۵
کل	۵۸/۶۹	۲۰/۸۶۴	۴۴/۶۷	۲۰/۲۵۴	۴۶/۴۵	۲۱/۴۰

در ابتدا، قبل از تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته، آزمون‌های مربوط به رعایت پیش فرض‌های این تحلیل آماری بررسی شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی فرض‌های همگنی واریانس و نیز تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت همگنی رگرسیون (همگنی شیب) برای متغیر استرس زناشویی نشان داد که در آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها با مقدار $F=۰/۵۲$ و $P>۰/۰۵$ معنادار نشده است و بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر برقرار است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت

بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون با مقدار $F=۲/۳۷$ و $P>۰/۰۵$ روابط معناداری را نشان نمی‌دهد. بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای این متغیر وجود دارد. با توجه به یافته‌های فوق به منظور بررسی اثر درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی و درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی در کاهش استرس زناشویی، آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته ۳ در ۳ استفاده شد (عامل گروه با سه سطح درمان فعال سازی رفتاری -

در ابتدا، قبل از تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته، آزمون‌های مربوط به رعایت پیش فرض‌های این تحلیل آماری بررسی شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی فرض‌های همگنی واریانس و نیز تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت همگنی رگرسیون (همگنی شیب) برای متغیر استرس زناشویی نشان داد که در آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها با مقدار $F=۰/۵۲$ و $P>۰/۰۵$ معنادار نشده است و بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر برقرار است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت

قراردادی گروهی، درمان فعال سازی رفتاری - واریانس آمیخته به منظور بررسی تاثیر عامل بین قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی و کنترل و عامل زمان با سه سطح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری). در جدول ۳ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در بررسی تاثیر عامل بین گروهی و درون گروهی زمان بر نمرات استرس زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات	توان آماری
بین آزمودنی‌ها							
گروه	۱۴۳۳۶/۹۶۹	۲	۷۱۶۸/۴۸۴	۷/۲۷۶	۰/۰۰۲	۰/۲۰۶	۰/۹۲۴
خطا	۵۵۱۷۳/۱۳۳	۵۶	۹۸۵/۲۳۵				
درون آزمودنی‌ها							
زمان	۷۴۲۵/۳۰۹	۲	۵۶۵۱/۷۲۵	۱۵۷/۶۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۱
زمان و گروه	۳۴۷۶/۱۴۲	۴	۱۳۲۲/۹۲۱	۳۶/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	۱
خطا	۲۶۳۷/۷۹۰	۱۱۲	۳۵/۸۵۲				

با توجه به جدول (۳) تاثیر گروه بر نمرات استرس زناشویی معنی دار است [$F(۲, ۵۶) = ۷/۲۷, P < ۰/۰۰۲$]. تاثیر عامل زمان بر نمرات استرس زناشویی معنی دار است [$F(۲, ۱۱۲) = ۱۵۷/۶۳۹, P < ۰/۰۰۱$]. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات استرس زناشویی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی دار است ($F(۲, ۱۱۲) = ۳۶/۸۹, P < ۰/۰۰۱$).

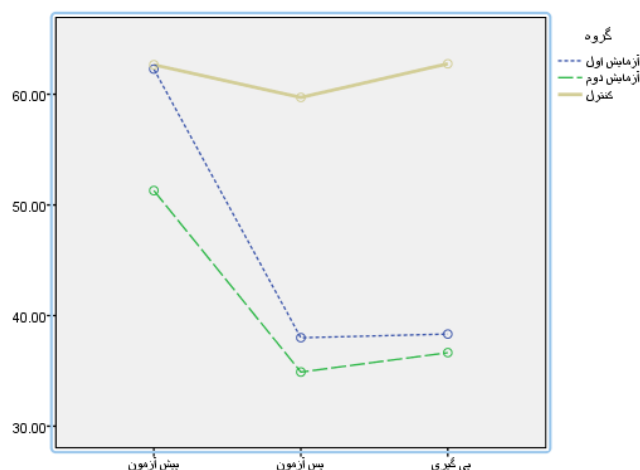
جدول ۴: آزمون بن فرنی در بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات استرس زناشویی

مرحله	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	معنی داری
پیش آزمون	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه GABCT به تنهایی	۱۰/۹۷۸	۰/۳۱۶
	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل	-۰/۳۸۹	۱/۰۰۰
	گروه GABCT به تنهایی و گروه کنترل	-۱۱/۳۶۷	۰/۲۴۵
پس آزمون	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه GABCT به تنهایی	۳/۱۰۰	۱/۰۰۰
	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل	-۲۱/۷۱۴	۰/۰۰۱
	گروه GABCT به تنهایی با گروه کنترل	-۲۴/۸۱۴	۰/۰۰۰
پیگیری	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه GABCT به تنهایی	۱/۶۸۳	۱/۰۰۰
	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل	-۲۴/۴۲۹	۰/۰۰۰
	گروه GABCT به تنهایی و گروه کنترل	-۲۶/۱۱۲	۰/۰۰۰

پژوهش‌های سیکز و سیمپسون^۱ (۲۰۱۱)، (آلبوس و همکاران، ۲۰۱۱)، (اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰)، اسمیت و همکاران^۲، (۲۰۱۱) در این زمینه همسو است. بر اساس یافته‌های این پژوهش‌ها، افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی که دارای اختلالات و ناسازگاری‌های خانوادگی هستند به کمک مداخلات روان‌شناختی با کاهش استرس زناشویی کیفیت زندگی بهتری را به دست می‌آورند. در این زمینه نیز می‌توان گفت مسائل خاص این بیماران نظیر کاهش بار خانوادگی بیماری مزمن در ازدیاد اثربخشی درمان نقش دارد. فعال بودن بیماران در این نوع مداخله و به‌خصوص ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت در این مداخله می‌تواند سبب افزایش اثربخشی درمان گردد. یافته‌های پژوهشی چاوارسکی (۲۰۰۲) و سالمین و همکاران^۳ (۲۰۰۵) نیز حاکی از آن است که برنامه‌های کاهش استرس خانوادگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی می‌تواند به بهبود نسبتاً پایداری در روابط خانوادگی منجر شود. در پژوهشی نسبتاً مشابه، واحدیان عظیمی و همکاران (۱۳۸۸) نتیجه گرفتند که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده - محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی با بهبود و یا اصلاح سبک زندگی خود و خانواده‌شان همراه است که در نتیجه به پیامدهای بهتری در زمینه سازگاری با بیماری منجر می‌شود. دوسلدورپ و همکاران^۴ (۱۹۹۹) در فراتحلیلی در مورد مداخلات برنامه‌های آموزش روانی برای بیماران کرونر قلبی نتیجه گرفتند که مداخلات خانواده - محور و برنامه‌های آموزش

چنانچه از جدول ۴ مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون میانگین استرس زناشویی گروه GABCT و گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین گروه GABCT و گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است. در نمودار شماره ۱ نحوه تعامل گروه و زمان بر نمرات استرس زناشویی

نمودار ۱. تعامل گروه و زمان بر نمرات استرس زناشویی



بحث و نتیجه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی و درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی توأم با حمایت خانوادگی بر کاهش استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی بود. نتایج نشان داد که بین اثربخشی درمان GCBAT و GCBAT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل در کاهش استرس زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با یافته

¹ Sykes & Simpson

² Smith et al

³ Salminen et al

⁴ Dusseldorp et al

روانی برای خانواده‌ها به بهبودی این دسته از بیماران کمک می‌نماید. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که رفع فشار روانی زناشویی به کمک مداخلات روانشناختی برای حفظ و ارتقاء سلامت قلب، ضروری و مهم است. نتایج پژوهش استریکلند و همکاران^۱ (۲۰۰۷) نیز نشان داد که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تنیدگی و تنش گردیده و در نتیجه موجب افزایش واکنش‌های قلبی - عروقی در بیماران می‌گردد. با توجه به اینکه استرس، ناسازگاری و نارضایتی زناشویی پیامدهای منفی روان‌شناختی از جمله افسردگی را به دنبال دارد (بالوگ و همکاران^۲ ۲۰۰۳)، می‌توان گفت با مداخله در استرس زناشویی و کاهش آن می‌توان پیامدهای منفی بیماری کرونری قلب را به طور مناسبی کنترل نمود و مسیر درمان و بهبودی این بیماران را فراهم ساخت.

همان‌گونه که بالوگ و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند می‌توان استدلال نمود از آنجا که مداخلاتی نظیر GCBAT دارای یک رویکرد سیستمی به بیماری قلبی است و به ابعاد روانی - اجتماعی همراه با شاخص‌های زیستی بیماری توجه دارد، بنابراین این روش در کاهش استرس زناشویی بیماران مؤثر است. در واقع، GCBAT ضمن توجه به ابعاد فیزیولوژیکی و مداخله دارویی، از طریق مداخله روانشناختی و سپس مداخله در بعد اجتماعی یعنی شبکه خانواده فرد عمل می‌کند. بخش مهمی از اثربخشی درمان را می‌توان به روش گروهی این مداخله نسبت داد. یک نکته برجسته در مداخله گروهی استفاده افراد گروه از

تجربیات همدیگر در جریان بیماری و عودهای قبلی است که می‌تواند بازخورد مناسبی برای اعضای گروه باشد. همچنین، می‌توان گفت یکی از عوامل مؤثر در موفقیت روش GCBAT، ایجاد انگیزه در بیماران برای شرکت فعال در درمان است و از آنجا که مهم‌ترین جزء روش GCBAT فعال سازی رفتار بیمار است، لذا این روش به‌طور معناداری باعث کاهش استرس زناشویی بیماران می‌گردد. همچنین، به‌خاطر متمرکز و کوتاه بودن دوره درمانی GCBAT و تأکید آن بر تغییر سبک زندگی بیمار، این درمان می‌تواند بیمار را در درمان نگه دارد، به گونه‌ای که مشکلات برجسته او تا حد زیادی حل شود.

این پژوهش دارای محدودیت‌های بود که لازم است آنها را مورد توجه قرار داد. محدودیت جامعه پژوهش، اندک بودن مطالعات مشابه داخلی، طرح پژوهش مقطعی و استفاده از ابزارهای خودگزارشی از مهم‌ترین محدودیت‌ها بودند که انتظار می‌رود در بررسی‌های بیشتر رفع گردند. طبق یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود برنامه تشخیص و مداخله در استرس زناشویی بیماران کرونری قلبی به‌عنوان موضوعی مهم در بهبود کیفیت زندگی این بیماران تهیه و مورد استفاده قرار گیرد. یک نکته مهم دیگر در این مطالعه این است که بیماران شرکت کننده در این طرح تحت درمان دارویی قرار داشتند و لذا عدم بررسی تأثیرات دارویی یک محدودیت بوده است که پیشنهاد می‌شود طی بررسی‌های آینده مطالعه شود اما از آنجا که همه گروه‌ها دارو مصرف می‌کردند و تفاوت گروه‌های آزمایش با کنترل در پس آزمون و پی‌گیری معنادار بوده است، می‌توان اثربخشی درمان را می‌توان به عاملی خارج از درمان دارویی یعنی به

¹ Strickland et al

² Balog et al

منابع

- بشارت، م.ع؛ شمسی پور، ح و براتی، ن. (۱۳۸۵). پایائی و اعتبار مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران (STMSS). *مجله علوم روان‌شناختی*، ۵ (۱۹)، صص ۲۱۷-۲۲۵.
- واحدیان عظیمی، ا؛ الحانی، ف؛ احمدی، ف و کاظم نژاد، ا. (۱۳۸۸). تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی. *فصلنامه پرستاری مراقبت ویژه*، ۲ (۴)، صص ۱۲۷-۱۳۲.
- رستمی، ر؛ رحیمیان بوگر، ا و بشارت، م.ع. (۱۳۸۷). مقایسه استرس زناشویی بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب و افراد سالم. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۷ (۲۵)، صص ۲۳-۴۰.
- Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42(7), 487-494.
- Albus, C., Beutel, M.E., Deter, H.C., Fritzsche, K., Hellmich, M., Jordan, J., Juenger, J., Krauth, C., Ladwig, K.H., Michal, M., Mueck-Weymann, M., Petrowski, K., Pieske B, Ronel J, Soellner W, Waller C, Weber, C., and Herrmann-Lingen, C. (2011). A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD)- rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 215-222.
- Almahmeed, W., Arnaout, M.S., Chettaoui, R., Ibrahim, M., Kurdi, M.I., Taher, M.A., and Mancina, G. (2012). Coronary artery disease in Africa and the Middle East. *Journal of Therapeutics and Clinical Risk Management*, 8, 65-72.
- Blankstein, R., and Hoffmann, U. (2012). Evaluation for coronary artery disease and medicare spending. *The Journal of the American Medical Association*, 307(9), 911-912.

مداخلات روان‌شناختی و حمایت اجتماعی نسبت داد. همچنین، اغلب متخصصین قلب داروهای آرام بخش را برای بسیاری از بیماران کرونری قلب تجویز می‌کنند که عدم بررسی این موضوع به‌عنوان یک عامل مخدوشگر محدودیتی روش شناختی است که نیازمند بررسی در پژوهش‌های آینده است. در مجموع، پیشنهاد می‌شود که نتایج این مطالعه به‌عنوان مبنایی برای تدوین مداخلات روان‌شناختی در بیماری کرونری قلب قرار گیرند. از طرفی، پژوهش بر روی نمونه‌های بیشتری با ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت نیز مفید است.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی و حمایت خانوادگی با کاهش استرس زناشویی می‌تواند انگیزه بیماران را برای بهره‌گیری از دارو درمانی و تغییر سبک زندگی افزایش دهد. به‌علاوه، همراه ساختن چنین مداخله‌های روان‌شناختی با درمان‌های طبی و برنامه‌های بازتوانی نتایج بهتری را در روند بهبود بیماری به‌ویژه کاهش آشفته‌گی هیجانی بیماران به بار خواهد آورد.

سپاسگزاری

از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که این پژوهش با حمایت مالی آن معاونت محترم انجام گرفته است، سپاسگزاری و تشکر می‌نماییم. همچنین، از کلیه تلاش‌های سایر افرادی که در این مطالعه یاری رسان بودند، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

- (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*, 171(2), 134-140.
- Hamer, M., Endrighi, R., Venuraju, S.M., Lahiri, A., and Steptoe, A. (2012). Cortisol responses to mental stress and the progression of coronary artery calcification in healthy men and women. *PLoS One*, 7(2), e 31356.
- Holmes, S.D., Krantz, D.S., Rogers, H., Gottdiener, J., and Contrada, R.J. (2006). Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. *Progress in cardiovascular diseases*, 49(2), 106-122
- Orth-Gomer, K., Wamala, S.P., Horsten, M., Gustafson, K.S., Schneiderman, N., and Mittleman, M. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study, *The Journal of the American Medical Association*, 284(23), 3008-3014.
- Orth-Gomer, K. (2012). Behavioral interventions for coronary heart disease patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 5.
- Salminen, M., Isoaho, R., Vahlberg, T., Ojanlatva, A., and Kivelä, S.L. (2005). Effects of a health advocacy, counselling, and activation programme on depressive symptoms in older coronary heart disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 552-8.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., and Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schemitt, M. M. (2005). *Effect of social support on substance abuse disorders. A Thesis for Ph.D of Conseling Psychology*. University of Texas. 34-66.
- Smith, S.C., Benjamin, E.J., Bonow, R.O., Braun, L.T., Creager, M.A., Franklin, B.A., Gibbons, R.J., Grundy, S.M., Hiratzka L.F., Bacon, S.L., Hinderliter, S. A., Coleman, R. E., Waugh, R., and Blumenthal, J.A. (2006). Changes in plasma volume associated with mental stress ischemia in patients with coronary artery disease. *International Journal of Psychophysiology*, 61, 143-148.
- Balog, P., Jansky, I., Leinewber, C., Blome, M., Wamala, S.P., and Orth-Gomer, K. (2003). Depressive symptoms relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. *The Stockholm female coronary risk study*, 54, 113-119.
- Barbirato, G.B., Félix, R., de Azevedo, J.C., Corrêa, P.L., de Nóbrega, A.C., Coimbra, A., Volschan, A., Mesquita, E.T., Dohmann, H.F., and Mesquita, C.T. (2010). Prevalence of induced ischemia by mental distress. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94(3), 301-7.
- Chawarski, M. (2002). Manual of Contracting and Behavioral Activation Therapy. *Unpublished Cited*, 18-41.
- Deter, H.C. (2012). Psychosocial interventions for patients with chronic disease. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 2.
- DiGiacomo, M., Davidson, P.M., Vanderpluym, A., Snell, R., Dip, G., and Worrall-Carter, L. (2007). Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: Implications for secondary prevention, *Australian Critical Care*, 20, 69-76.
- Dimsdale, J.E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., and Kraaij, V (1999). A meta analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 506-519.
- Eaker, E.D., Sullivan, L.M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R.B., and Benjamin, E.J. (2007). Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 509-513.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., and Svärdsudd, K.

- Jones, D.W. Lloyd-Jones, D.M., Minissian, M., Mosca, L., Peterson, E.D., Sacco, R.L., Spertus, J., Stein, J.H. and Taubert, K.A. (2011). AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation*, 124(22), 2458-2473.
- Strickland, O. L., Giger, J. N., Nelson, M. A., and Davis, C. M. (2007). The relationships among stress, coping, social support and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease. *Journal Cardiovascular Nursing*, 22(4), 272-278.
- Smith, T.W., and Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 548-568.
- Sykes, C., and Simpson, S. (2011). Managing the psychosocial aspects of heart failure: a case study. *British Journal of Nursing*, 20(5), 272-276.
- Wang, H.X., Leineweber, C., Kirkeeide, R., Svane, B., Schenck-Gustafsson, K., Theorell, T., and Orth-Gomér, K. (2007). Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. *Journal of Internal Medicine*, 261(3), 245-254.
- Williams, E.D., Steptoe, A., Chambers, J.C., and Kooner, J.S. (2009). Psychosocial risk factors for coronary heart disease in UK South Asian men and women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(12), 986-991.

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال سوم، شماره دوم، پیاپی (۵)، پاییز و زمستان ۱۳۹۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۳

صص: ۴۱-۵۴

رواسازی و تعیین پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور، شی‌یر و ویتتراب برای دانشجویان (هنجاریایی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای)

راضیه جلالی نژاد^۱، فریبا یزدخواستی^{۲*}، احمد عابدی^۳

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

raziehjalalinejad@yahoo.com

۲- استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

faribayazdkhasti@yahoo.com

۳- استادیار روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

a.abedi44@gmail.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اعتباریابی، رواسازی و تعیین ساختار عاملی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای است. به این منظور نمونه‌ای به حجم ۲۴۰ نفر (۱۶۸ دختر و ۷۲ پسر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای بود. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ و برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی و ضریب همبستگی پیرسون هر عامل با نمره کل استفاده شد. براساس نتایج تحلیل عاملی، با استفاده از چرخش متعامد (واریماکس) پنج عامل به دست آمد که به ترتیب: (۱) شناختی-گرایشی، (۲) رفتاری-گرایشی، (۳) هیجانی-گرایشی، (۴) شناختی-اجتنابی و (۵) رفتاری-اجتنابی نامگذاری شدند. در مجموع، نتایج نشان دهنده پایایی و روایی بالای این پرسشنامه در جامعه دانشجویان دانشگاه اصفهان بود.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای، استرس، تحلیل عاملی، پایایی، روایی

مقدمه

مقابله دارای یک مفهوم معین نیست بلکه اصطلاحی است که مفاهیم متفاوت را زیر پوشش خود قرار می‌دهد و می‌توان آن را با اصطلاح‌های متعددی مانند راهبردها، تدبیرها، پاسخ‌ها، شناخت‌ها یا رفتارها مشخص کرد (شوارتز^۱، به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۷). مفهوم مقابله برای اولین بار در سال ۱۹۶۶، توسط لازروس معرفی شد. او معتقد بود که استرس شامل ۳ مرحله است: مرحله اول ارزیابی اولیه است که مشاهده یک خطر است. مرحله دوم، ارزیابی ثانویه است که جستجوی یک پاسخ در ذهن است و مرحله سوم، به کارگیری آن پاسخ یا به عبارتی مقابله مد نظر است (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶). بنابراین لازروس مقابله را به منزله تلاش‌های شناختی و رفتاری فعال فرد می‌داند که برای اداره کردن خواسته‌های (درونی و بیرونی) طاقت فرسای فرد و یا خواسته‌هایی که فراتر از منابع فرد ارزیابی می‌شوند، به کار برده می‌شوند (لازاروس، به نقل از گزالس و همکاران^۲، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر، پاسخ‌های مقابله‌ای کوشش‌هایی هستند که فرد برای بازگرداندن تعادل یا حذف اغتشاش به کار می‌بندد و پیامد آن، حل مسئله، تطبیق با مشکل یا فقدان دستیابی به یک راه حل است (فرایدنبرگ و لویس، به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۶).

از دیدگاه لازروس که عمده‌ترین نظریه مقابله‌ای را عنوان کرده است، مقابله به جای اینکه صرفاً مترادف با حل مسئله در نظر گرفته شود، بر فرد، محیط و شیوه‌های تعامل آن‌ها در موقعیت‌های

تهدیدآمیز استوار است. همچنین وی بر نقش محوری شناخت بر پیامدهای هیجانی اشاره می‌کند و ادراک موقعیت را تابع شیوه ارزیابی فرد می‌داند و به متمایز کردن دو سبک مقابله‌ای می‌پردازد: سبک مسئله محور^۳ و هیجان محور^۴ (لازاروس، ۱۹۶۶). در مقابله مسئله محور، تمرکز فرد بر عنصر تنیدگی زاست و کوشش می‌کند تا با بررسی ابعاد و راهبردهای حل مسئله مانند کمک طلبی از دوستان و افراد متخصص رابطه تنیدگی را بین خود و محیط را تغییر دهد. اما هدف مقابله هیجان محور، نظم دهی به حالت هیجانی ناشی از تنیدگی است و با اجتناب از عامل تنیدگی زا، ارزیابی مجدد آن از زاویه شناختی و توجه به جنبه‌های مثبت خود و موقعیت، تحقق می‌یابد (کائسار و منیر^۵، به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۶).

فرایدنبرگ و لویس بر این باورند که هر دو سبک مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان محور، سبک‌های سازش یافته هستند و به فرایند سازش‌پذیری فرد با موقعیت تنیدگی زا کمک می‌کنند (فرایدنبرگ و لویس، ۱۹۹۳). افزون بر آن، سبک سومی نیز مطرح می‌شود که راهبردهای مقابله‌ای سازش نیافته را مشخص می‌کند. این سبک مقابله‌ای به معنای شکست فرد در مقابله با تنیدگی‌هاست، فعالیت‌های روزمره را دچار اختلال می‌کند و کاربرد آن موجب وخیم‌تر شدن شرایط می‌شود (فرایدنبرگ، به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۶).

³ problem - focused

⁴ emotional - focused

⁵ Kausar & Munir

¹ Schwarzer

² Gonzales et al

استفاده کردند و سپس از تحلیل عاملی برای تعیین عامل‌های آنها بهره گرفتند.

بر مبنای مفهوم سازی‌های متفاوتی که درباره شیوه‌های مقابله به اختصار ذکر شد، پژوهشگران به تدارک صدها ابزار مختلف برای ارزشیابی این شیوه‌ها در کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان پرداخته‌اند (اسکینر، ۲۰۰۳). رایج‌ترین این ابزارها عبارتند از: پرسشنامه روش‌های کنار آمدن^۲ (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸)، پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی زا (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰)، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس (بیلینگز و موس، ۱۹۸۱). از بین مشهورترین پرسشنامه‌ها می‌توان پرسشنامه ۶۰ ماده‌ای ترجیح اعمال مقابله‌ای (COPE) (کارور و همکاران،^۳ ۱۹۸۹) با ۱۵ زیر مقیاس را نام برد؛ کارور و همکاران (۱۹۸۹) پایایی و روایی این مقیاس را در طی سه مطالعه بررسی کردند. ضرایب همسانی درونی از ۰/۴۵ (برای زیر مقیاس عقب نشینی روانی) تا ۰/۹۲ (برای زیر مقیاس کمک گرفتن از مذهب) گزارش شد. ضرایب پایایی بازآزمایی از ۰/۴۶ (برای زیر مقیاس جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم) تا ۰/۸۶ (برای زیر مقیاس کمک گرفتن از مذهب) گزارش شد. روایی همزمان^۴ این پرسشنامه با پرسشنامه جهت‌یابی زندگی (کارور و همکاران، ۱۹۸۹)، مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۵ (۱۹۶۵)، مقیاس کانون کنترل درونی - بیرونی راتر^۶ (۱۹۶۶)، پرسشنامه بررسی دیدگاه‌های شخصی

روان‌شناسی سلامت برای نقش راهبردهای مقابله‌ای در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است. راهبردهای مقابله به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده‌اند (کارور و همکاران، به نقل از غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷). کاربرد شیوه‌های مقابله‌ای سازش نیافته با عناصر تنیدگی زا به علت منحرف شدن سرمایه‌گذاری نیرویی نوجوانان از فرایند یادگیری، کنش‌وری بهینه تحصیلی و تحول روان‌شناختی متناسب را دچار اختلال می‌کند و شکست تحصیلی نوجوانان را در پی دارد (فرایدنبرگ و همکاران، به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۶). بدین ترتیب اهمیت بررسی فرایند راهبردهای مقابله‌ای که اثر قابل توجهی بر تنیدگی و سلامت روان دارند آشکار می‌شود (آلدوین، ۲۰۰۰).

در دو دهه اخیر، شاهد تلاش‌های متعددی برای ایجاد یک معیار سنجش جامع برای راهکارهای مقابله بوده‌ایم. در سرمشء تدوین ابزارهای مقابله، نه تنها موضوعات و مسائل روان‌سنجی قرار دارد بلکه ملاحظات تئوری نیز لحاظ شده است. ماهیت هرگونه ابزار سنجش مقابله، تئوری خاصی را در خصوص فرایند مقابله می‌طلبد. به این منظور، محققان مقیاس مقابله‌ای را مطابق با مدل یا منطق تئوری خاصی طراحی می‌کنند.

کارور و همکاران (۱۹۸۹) برای ساخت پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای (COPE)^۱ از دو مدل نظری لازاروس برای استرس و مدل خود تنظیمی رفتاری کارور و شی‌یر (به نقل از کارور و همکاران، ۱۹۸۹)

^۲ ways of coping Questionnaire

^۳ Cavver etal

^۴ convergent

^۵ Rosenberg

^۶ Rotter

^۱ Cope Operations Preference Enquiry

و کمک خواهی^۹ دست یافتند. ضرایب پایایی این پرسشنامه توسط آلفای کرونباخ محاسبه شد و به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ گزارش گردید.

ابراهیمی و همکاران (۱۳۷۲) در پژوهش خود در رابطه با الگوهای مقابله با استرس در معنادان خود معرف، از این پرسشنامه استفاده کردند و روایی محتوا و پایایی آن را بررسی نمودند که ضریب پایایی آن در مقیاس‌های مختلف از ۰/۹۵ تا ۰/۶۳ گزارش کردند. همچنین ملازاده و همکاران (۱۳۸۱) برای تعیین پایایی باز آزمایی آن، با فاصله ۳۷ روز این پرسشنامه را روی ۷۶ نفر اجرا کردند و ضریب ۰/۷۹ را به دست آوردند. همچنین در این پژوهش، ضریب آلفای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و در سطح عوامل نیز آلفای سبک مقابله مسأله مدار ۰/۷۵، هیجان‌مدار ۰/۸۳ و نا کارآمد ۰/۷۱ به دست آمد.

با توجه به اینکه پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای در تحقیقات مختلف جهانی مورد استفاده قرار گرفته است و از سوی دیگر در جامعه دانشجویان ایرانی ساختار عاملی، پایایی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور و همکاران (۱۹۸۹) بررسی نگردیده است، بنابراین هدف این پژوهش، بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی این پرسشنامه در دانشجویان دانشگاه اصفهان بود. بدین منظور سؤال‌هایی که در پی می‌آیند مطرح شد:

(۱) آیا پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای از پایایی^{۱۰} کافی برخوردار است؟

(۲) آیا پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای از روایی^۹ کافی برخوردار است؟

(انستیتو سرسختی^۱، ۱۹۸۵) و پرسشنامه بررسی فعالیت جنکینز^۲ (گلاس^۳، ۱۹۷۷) بررسی شد. نتایج حاصل نشانگر همبستگی بالای پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای با پرسشنامه‌های ذکر شده است (کارور و همکاران، ۱۹۸۹).

پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای (کارور و همکاران، ۱۹۸۹) به‌طور وسیعی در تحقیقات مختلف جهانی استفاده شده است. لینه و روگر (۲۰۰۰) به تحلیل مجدد پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای در یک جامعه ۵۸۷ نفری در نیویورک پرداختند.

در این تحلیل، تعداد سؤالات زیر مقیاس کمک گرفتن از مذهب کاهش یافت زیرا بر طبق نتایج تحقیقات کارور و همکاران (به نقل از لینه و روگر، ۲۰۰۰) فقط کشورهایی مانند انگلیس از مذهب به‌عنوان یک شیوه مقابله‌ای استفاده می‌نمایند و نتایج تحلیل عاملی آن‌ها، به یک ساختار سه عاملی (عقلانی^۴، هیجان‌مدار^۵ و اجتنابی^۶) منتهی شد. ضرایب پایایی این سه عامل به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۶۹ گزارش گردید.

از سوی دیگر، گوئیرز و همکاران (۲۰۰۷) پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای را در یک جامعه ۴۷۱ نفری در بارسلونای اسپانیا مورد ارزیابی مجدد قرار دادند و با حذف سه زیر مقیاس مذهب، شوخ‌طبعی و مصرف مواد، متناسب با فرهنگ خود، به یک ساختار سه عاملی (درگیری^۷، عقب‌نشینی^۸ و

^۱ Hardiness Institute

^۲ Jenkins

^۳ Glass

^۴ rational

^۵ emotion - focused

^۶ avoidance

^۷ engagement

^۸ disengagement

^۹ help - seeking

^{۱۰} reliability

۳) پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای از چه عواملی اشباع شده است؟

روش

با توجه به هدف و ماهیت این پژوهش، از روش توصیفی از نوع آزمون سازی استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش شامل همه دانشجویان دانشگاه اصفهان بود که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در دانشگاه اصفهان به تحصیل اشتغال داشتند. از این جامعه بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۲۴۰ دانشجو (۱۶۸ دختر و ۷۲ پسر) انتخاب شدند. در ضمن، در پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی همزمان، یک نمونه ۲۰ نفری از کل نمونه تحقیق که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، همزمان به سوالات دو پرسشنامه پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای: کارور و همکاران (۱۹۸۹) این پرسشنامه را با هدف ارزیابی راهبردهای متفاوت مقابله با استرس طراحی کردند. این پرسشنامه، ۶۰ گویه دارد، که سه سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار^۲، هیجان‌مدار^۳ و کم فایده^۴ را در ۱۵ زیر مقیاس می‌سنجد. سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار شامل زیر مقیاس‌های مقابله فعال^۵، برنامه‌ریزی^۶، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم^۷، منع (خویشتن‌داری)^۸ و

استفاده از حمایت اجتماعی کارساز^۹ می‌باشد. سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل زیر مقیاس‌های استفاده از حمایت اجتماعی - عاطفی^{۱۰}، ارزیابی مثبت^{۱۱}، پذیرش^{۱۲}، انکار^{۱۳}، کمک گرفتن از مذهب^{۱۴} و طنز (شوخ طبعی)^{۱۵} می‌باشد. سبک مقابله‌ای کم فایده شامل زیرمقیاس‌های تمرکز بر هیجان و ابراز آن^{۱۶}، عقب‌نشینی رفتاری^{۱۷}، عقب‌نشینی ذهنی^{۱۸} و استفاده از دارو و دخانیات^{۱۹} است. هر یک از زیر مقیاس‌ها ۴ گویه دارد. دامنه پاسخ به هر یک از گویه‌ها، از یک تا چهار است. کارور و همکاران پایایی و روایی این مقیاس را در طی سه مطالعه بررسی کردند. ضرایب همسانی درونی از ۰/۴۵ (برای زیر مقیاس عقب‌نشینی روانی) تا ۰/۹۲ (برای زیر مقیاس کمک گرفتن از مذهب) گزارش شد. ضرایب پایایی باز آزمایی از ۰/۴۶ (برای زیر مقیاس جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم) تا ۰/۸۶ (برای زیر مقیاس کمک گرفتن از مذهب) گزارش گردید.

ب) پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا: اندلر و پارکر (۱۹۹۰) این پرسشنامه را با هدف ارزیابی انواع سبک‌های مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های استرس‌زا به سه صورت سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی طراحی کردند. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که هر کدام

⁹ use of instrumental social support

¹⁰ use of emotional social support

¹¹ positive reinterpretation and growth

¹² acceptance

¹³ denial

¹⁴ religious coping

¹⁵ humor

¹⁶ focus on and venting of emotions

¹⁷ behavioral disengagement

¹⁸ mental disengagement

¹⁹ substance use

¹ validity

² problem focused coping

³ emotion focused coping

⁴ less useful

⁵ active coping

⁶ planning

⁷ suppression of competing activities

⁸ restraint

ضریب تنصیف نیز از ۰/۸۵ برای عامل رفتاری - گرایش تا ۰/۶۷ برای عامل شناختی - اجتنابی متغیر بود (جدول ۱).

رواسازی: برای به دست آوردن روایی پرسشنامه از چهار روش زیراستفاده شد:
الف) روایی صوری:

در این روش، در مرحله اول پرسشنامه به زبان فارسی برگردانده شد و پس از ترجمه فارسی توسط یکی از استادان گروه زبان انگلیسی به زبان انگلیسی ترجمه عکس شد و با اصل پرسشنامه مطابقت داده شد. سپس برای بررسی اعتبار صوری، پرسشنامه در اختیار سه داور متخصص روان‌شناس قرار داده شد تا اعتبار صوری آن بررسی گردد. پس از اصلاحات لازم، برای تعیین قابلیت فهم سؤالات، پرسشنامه در یک نمونه محدود مورد بررسی قرار گرفت تا اشکالات احتمالی مشخص گردد. پس از رفع اشکالات، فرم نهایی تهیه شد و پرسشنامه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و نتایج استخراج گردید.

ب) ضریب همبستگی پیرسون:

در این روش همبستگی هر عامل با نمره کل پرسشنامه محاسبه شد. طبق نتایج حاصل از محاسبه ضریب همبستگی، تمامی پنج عامل با نمره کل همبستگی مثبت و معناداری را نشان داد. عامل اول بیشترین میزان همبستگی ($r=0/77$) و عامل چهارم کمترین میزان همبستگی ($r=0/21$) را داشتند (جدول ۲).

ج) تحلیل عاملی اکتشافی:

برای اجرای روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC) و اثبات این نکته که ماتریس همبستگی داده‌ها در

۱۶ سؤالی به یکی از ابعاد مقابله مربوط است و پاسخ به هر سؤال بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می‌شود. گفتنی است که سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه گانه سبک‌های مقابله تعیین می‌شود. نتایج یافته‌های اندلر و پارکر و تحقیقات متعدد داخل کشور نشان می‌دهد که این پرسشنامه برای اندازه‌گیری مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا توان بالایی دارد. علاوه بر این، بررسی نتایج تحقیقات انجام شده در ایران از جمله تحقیقات اکبرزاده (۱۳۷۶)، بهرامی (۱۳۷۶) و وقری (۱۳۷۹) نشان می‌دهند که همسانی درونی آزمون و همبستگی آن در رابطه با متغیرهای متفاوت نسبتاً زیاد است که نشان دهنده روایی بالای این آزمون است.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS^۱ استفاده شد. به‌منظور تعیین آماره‌های توصیفی نیز از میانگین و انحراف استاندارد و برای تعیین شاخص‌های روایی و پایایی از تحلیل عاملی، ضریب همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها

اعتباریابی: ضرایب اعتبار برای پرسشنامه ترجیح مقابله‌ای با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت. میزان آلفای کرونباخ عامل از ۰/۸۸ برای عامل شناختی - گرایش تا ۰/۷۴ برای خرده مقیاس رفتاری - اجتنابی متغیر بود. میزان

^۱ Statistical Package For Sociol Sciences (SPSS)

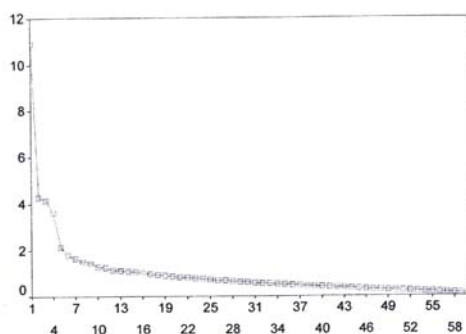
عامل اشباع شده، سه شاخص عمده مورد توجه قرار گرفت:

- (۱) ارزش ویژه
- (۲) نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل
- (۳) نمودار چرخش یافته ارزش‌های ویژه یا نمودار صخره‌ای.^۲

ارزش‌های ویژه این ۵ عامل، درصد و درصد تراکمی آنها در در جدول ۳ منعکس شده است. این جدول نشان می‌دهد که ارزش‌های ویژه ۵ عامل بزرگتر از یک است و درصد پوشش واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۵ عامل، روی هم ۴۱/۹۰ درصد کل است. در این میان، عامل اول با ارزش ویژه ۸/۰۲ در حدود ۱۳/۳۸ درصد و عامل پنجم با ارزش ویژه ۳/۵۱ در حدود ۵/۸۶ درصد کل واریانس را تبیین می‌کند.

شکل ۱. نمودار صخره‌ای تعداد عوامل اشباع شده پرسشنامه

ترجیح اعمال مقابله‌ای



مولفه‌ها

از نمودار صخره‌ای (شکل ۱) نیز می‌توان استنباط کرد که سهم عامل اول در واریانس کل متغیرها چشمگیر و از سهم بقیه عامل‌ها کاملاً متمایز است.

جامعه صفر نیست، آزمون کرویت بارتلت به کار رفت.

مقدار KMO^۱ برابر با ۰/۸۲ و سطح معنادار بودن مشخصه آزمون کرویت بارتلت نیز کمتر از ۰/۰۰۰۱ است. برپایه هر دو ملاک می‌توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه قابل توجیه است.

جدول ۱. آمار توصیفی عامل‌های پرسشنامه ترجیح اعمال

مقابله‌ای

عوامل	میانگین	انحراف معیار	ضریب آلفای کرونباخ
شناختی - گرایشی	۳۸/۷۸	۹/۰۷	۰/۸۸
رفتاری - گرایشی	۱۹/۳۷	۵/۷۷	۰/۸۶
هیجانی - گرایشی	۱۰/۹۲	۲/۵۷	۰/۸۲
شناختی - اجتنابی	۱۳/۷۳	۵/۱۷	۰/۷۶
رفتاری - اجتنابی	۷/۵۷	۳/۷۵	۰/۷۴

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین پنج عامل ترجیح اعمال

مقابله‌ای با نمره کل

عوامل	ضریب همبستگی	سطح معناداری
شناختی - گرایشی	۰/۷۷	۰/۰۰۱
رفتاری - گرایشی	۰/۶۱	۰/۰۰۱
هیجانی - گرایشی	۰/۴۵	۰/۰۰۱
شناختی - اجتنابی	۰/۲۱	۰/۰۰۱
رفتاری - اجتنابی	۰/۳۹	۰/۰۰۱

برای تعیین این مطلب که ابزار سنجش مورد مطالعه (و به بیان دقیق‌تر، مجموعه پرسش‌ها) از چند

^۲ scree

^۱ Kaiser - Meiner - Olkin

افزون بر این، از عامل پنجم به بعد نیز شیب نمودار برش می‌یابد و تقریباً هموار می‌شود.

جدول ۳. ارزش ویژه، درصد تبیین واریانس و درصد

تراکمی پنج عامل در مرحله دوم

عوامل	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی
۱	۸/۰۲	۱۳/۳۸	۱۳/۳۸
۲	۴/۹۱	۸/۱۹	۲۱/۵۷
۳	۴/۵۰	۷/۵۰	۲۹/۰۸
۴	۴/۱۷	۶/۹۶	۳۶/۰۴
۵	۳/۵۱	۵/۸۶	۴۱/۹۰

در جدول ۴ بارهای عاملی هر کدام از سؤال‌های

مقیاس ترجیح اعمال مقابله‌ای روی پنج عامل

استخراج شده و پس از چرخش نشان داده شده

است. طبق نتایج حاصل، پس از چرخش گویه‌های

۱، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۵، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۸، ۳۹،

۴۲، ۴۴، ۴۷، ۴۹، ۵۵، ۵۶، ۵۸ و ۵۹ بیشترین بار

عاملی را در عامل اول، گویه‌های ۳، ۴، ۱۱، ۱۴، ۲۳،

۲۸، ۳۰، ۳۴، ۴۵، ۴۶ و ۵۲ بیشترین بار عاملی را در

عامل دوم، گویه‌های ۷، ۱۸، ۴۸ و ۶۰ بیشترین بار

عاملی را در عامل سوم، گویه‌های ۶، ۹، ۱۶، ۲۱، ۲۲،

۲۴، ۲۷، ۳۱، ۳۷، ۴۰، ۴۳ و ۵۱ بیشترین بار عاملی را

در عامل چهارم و گویه‌های ۲، ۸، ۲۰، ۳۶، ۵۰ و ۵۷

بیشترین بار عاملی را در عامل پنجم دارند. این

عامل‌ها به ترتیب راهبرد مقابله شناختی - گرایشی،

مقابله رفتاری - گرایشی، مقابله هیجانی - گرایشی،

مقابله شناختی - گرایشی و مقابله رفتاری - اجتنابی

نامگذاری شدند.

با توجه به این‌که گویه‌های ۷، ۱۷، ۱۸، ۴۱، ۴۸،

۵۴ و ۶۰ در عامل‌هایی قرار داشتند که از نظر

محتوایی با آنها مطابقت نداشتند، حذف شدند.

جدول ۴. ماتریس ساختار پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای با چرخش متعامد در مرحله دوم

گویه	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم
۵۶	۰/۶۸				
۳۹	۰/۶۸				
۳۲	۰/۶۷				
۴۹	۰/۶۶				
۵۹	۰/۶۵				
۱۹	۰/۶۴				
۵۸	۰/۶۴				
۳۳	۰/۶۳				
۱	۰/۵۵				
۳۸	۰/۵۴				
۵	۰/۵۴				
۱۰	۰/۴۷				
۲۵	۰/۴۶				
۴۲	۰/۴۵				
۴۷	۰/۴۳				
۱۵	۰/۴۳				

ادامه جدول ۴

عامل پنجم	عامل چهارم	عامل سوم	عامل دوم	عامل اول	گویه
				۰/۳۵	۴۴
				۰/۳۲	۱۳
				۰/۳۱	۵۵
				۰/۳۸	۲۹
			۰/۴۳		۳
			۰/۷۸		۵۲
			۰/۷۵		۱۱
			۰/۷۰		۲۸
			۰/۶۷		۲۳
			۰/۶۳		۳۰
			۰/۶۱		۱۴
			۰/۶۰		۴
			۰/۵۶		۳۴
			۰/۵۶		۴۵
			۰/۵۰		۴۶
		۰/۵۸			۱۸
		۰/۵۵			۶۰
		۰/۴۸			۴۸
		۰/۴۲			۷
	۰/۶۰				۳۱
	۰/۵۴				۲۴
	۰/۵۲				۹
	۰/۵۱				۵۱
	۰/۳۶				۴۰
	۰/۴۵				۲۷
	۰/۴۴				۲۲
	۰/۴۲				۴۳
	۰/۳۹				۱۶
	۰/۳۹				۲۱
	۰/۳۳				۶
	۰/۶۲				۳۷
۰/۷۰					۲۰
۰/۷۰					۵۰
۰/۶۶					۵۷
۰/۶۳					۳۶
۰/۶۰					۸
۰/۳۵					۲

(د) روایی همزمان:

در این پژوهش برای بررسی روایی همزمان پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای، همبستگی بین پنج عامل این پرسشنامه و سه عامل پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس زا اندلر و پارکر (۱۹۹۰) محاسبه شد. نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. ماتریس همبستگی عوامل پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای و عوامل پرسشنامه اندلر و پارکر (n=20)

مسئله مدار	هیجان مدار	اجتنابی
شناختی - گرایشی	**۰/۴۷	
رفتاری - گرایشی	**۰/۵۱	
هیجانی - گرایشی	**۰/۴۸	
شناختی - اجتنابی	**۰/۵۲	
رفتاری - اجتنابی	**۰/۴۹	

**ضرایب فوق در سطح $p < 0/01$ قابل قبول است.

بحث و نتیجه

پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور و همکاران (۱۹۸۹) از سه عامل مسئله مدار، هیجان مدار و کمتر مفید تشکیل شده است که عامل مسئله مدار شامل زیر مقیاس‌های مقابله فعال، برنامه ریزی، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم، منع (خویشتن داری) و استفاده از حمایت اجتماعی کارساز است. عامل هیجان مدار شامل زیر مقیاس‌های استفاده از حمایت اجتماعی - عاطفی، ارزیابی مثبت، پذیرش، انکار، کمک گرفتن از مذهب و طنز (شوخی طبعی) است و عامل کم فایده نیز شامل زیر مقیاس‌های تمرکز بر هیجان و ابراز آن، عقب نشینی رفتاری، عقب نشینی ذهنی و استفاده از دارو و دخانیات است.

نتایج تحلیل عاملی انجام شده در پژوهش حاضر نشان دهنده پنج عامل مقابله شناختی - گرایشی، مقابله رفتاری - گرایشی، مقابله هیجانی - گرایشی، مقابله شناختی - اجتنابی و مقابله رفتاری - اجتنابی در پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای برای ارزیابی و سنجش راهبردهای مقابله با استرس در نمونه دانشجویان دانشگاه اصفهان است.

در این قسمت از پژوهش به توضیح و تبیین عامل‌های به دست آمده بعد از چرخش در تحلیل عاملی و زیر مقیاس‌های قرار گرفته در هر عامل بر اساس بار عاملی پرداخته می‌شود.

عامل اول در پرسشنامه که تحت عنوان راهبردهای شناختی - گرایشی نامگذاری شد، شامل تجزیه و تحلیل شناختی و ارزیابی مثبت از موقعیت تنش‌زا، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم، پذیرش مسئولیت، خویشتن‌داری، مقابله فعال و برنامه‌ریزی برای آینده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در این عامل زیر مقیاس‌های دو راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار در پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور و همکاران (۱۹۸۹) وارد شدند. برای تبیین آنها می‌توان اظهار داشت که مسئله که تقریباً در همه مقیاس‌های ساخته شده برای ارزیابی شیوه‌های مقابله‌ای مشاهده می‌شود، زیر بنای بهترین راه‌های مقابله است و انواع مقوله‌های متمرکز بر عمل ابزاری و راهبرد سازی را شامل می‌شود. اغلب پژوهشگران (مانند فولکمن و موسکوویز، ۲۰۰۰) بسیاری از راهبردهای مقابله‌ای مانند طرح ریزی، تحلیل منطقی^۱، کوشش، پایداری و عزم راسخ را به منزله

¹ logical analysis

بخشی از این خانواده در نظر گرفته‌اند. ارزیابی مثبت (زیر مقیاس هیجان مدار در پرسشنامه اصلی)، به کوشش‌های فعالی اشاره دارد که فرد برای تغییر دیدگاه خود به کار می‌بندد تا به موقعیت استرس زا از زاویه مثبت بنگرد. ارزیابی مثبت می‌تواند نشانه‌ای مثبت از تلاش فرد برای سازگاری بهتر و بیشتر با محیط باشد. در واقع دانشجویان در تلاش هستند تا با یک هیجان مثبت و رشد یافته که کمتر ممکن است آسیب زا باشد، با منابع استرس مقابله کنند. قرار گرفتن این دو زیر مقیاس در یک عامل در پژوهش حاضر از لحاظ منطقی قابل توجیه است؛ به عبارت دیگر می‌توان از خود پرسید که آیا راهبرد حل مسئله که مستلزم طرح ریزی، تحلیل منطقی، کوشش، پایداری و مانند اینهاست می‌تواند بدون تمرکز بر جنبه‌های مثبت مشکلات یا تکیه بر توانایی‌های خویشتن تحقق یابد؟ آیا گزاره‌هایی مانند هنگامی که مشکلی پیش می‌آید، برای این که آن مشکل، مثبت تر به نظر برسد، سعی می‌کنم از یک جنبه متفاوت به آن نگاه می‌کنم (ارزیابی مثبت)، در مورد اینکه چگونه می‌توانم به بهترین شکل مشکل را حل کنم، فکر می‌کنم (برنامه ریزی)، لازم و ملزوم یکدیگر نیستند؟ بنابراین در عامل اول (مقابله شناختی - گرایشی) که یک عامل مؤثر در مقابله با استرس است، حجم بیشتری از سؤالات پرسشنامه قرار گرفته است.

راهبردهای مقابله رفتاری - گرایشی که به عنوان عامل دوم در پرسشنامه مورد نامگذاری گردید، شامل آگاهی نسبت به هیجان‌ات و ابراز آنها و به کارگیری روش‌های مناسب از قبیل جستجوی راهنمایی و حمایت در رویارویی مستقیم با یک رویداد و

پيامدهای آن است. در واقع، این راهبرد یک نوع رفتار کمک طلبی را می‌سنجد زیرا زیر مقیاس‌های آن تمرکز بر هیجان‌ات و ابراز آنها، استفاده از حمایت اجتماعی کارساز و استفاده از حمایت اجتماعی - هیجانی است. این عامل که هر گونه کمک طلبی از دوستان، افراد خانواده و متخصصان را در بر می‌گیرد، راهبردی است که فرد از طریق آن به تبادل آراء و هیجان‌های خویش با افراد دیگر می‌پردازد و با کمک خواستن از آنها برای حل مشکل خود تلاش می‌کند. استفاده از حمایت اجتماعی هر چند نمی‌تواند به طور یقین منبع استرس را از بین ببرد و به‌طور ریشه‌ای استرس فرد را حل کند اما به عنوان یک ابزار دوری از منبع استرس و سبک آرامش می‌تواند کارساز باشد و به حفظ سلامت روان کمک کند.

عامل سوم در پرسشنامه، راهبرد مقابله هیجانی - گرایشی نامگذاری شد که زیر مقیاس آن، کمک گرفتن از مذهب است. مذهب (معنویت) به معنای وسیع خود که در همه فرهنگ‌ها وجود دارد، چیزی است که معنا و هدف زندگی را تعیین می‌کند و به منزله یک کوشش فردی برای دستیابی به معنای نهایی از راه مشارکت مذهبی است. در ادبیات روان‌شناسی سلامت و پزشکی (چاپلین، ۲۰۰۵) معنویت را عاملی دانسته‌اند که در حفظ سلامت بسیاری از افراد مشارکت دارد، تابع انگیزش‌های درونی است و به احساس‌ها و ارتباط‌های مثبت منجر می‌شود (پالوتزیان و پارکس، ۲۰۰۵). به هنگام مواجهه با عوامل استرس‌زا، یک جهت‌گیری معنوی و مذهبی، به منزله یک نظام جهت‌گیری کلی، ارائه دهنده یک چهارچوب مرجع است؛ چهارچوبی که

راهبردهای مقابله رفتاری - گرایشی که به عنوان عامل دوم در پرسشنامه مورد نامگذاری گردید، شامل آگاهی نسبت به هیجان‌ات و ابراز آنها و به کارگیری روش‌های مناسب از قبیل جستجوی راهنمایی و حمایت در رویارویی مستقیم با یک رویداد و

بیشتری از سؤالات پرسشنامه قرار گرفته است.

شیوه ادراک و مواجهه با جهان را تعیین می‌کند و از ارزش‌ها، باورها، ارتباط‌ها و به طور کلی، شخصیت تشکیل شده است (پارگامنت و ساندرز، ۲۰۰۷). عامل مذهب در پژوهش یه و آینوس (۲۰۰۲) بر پایه مقایسه سه فرهنگ کره، چین و ژاپن نیز به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مشخص شده و بجورک (۱۹۹۷) نیز مذهب را عامل مهم در سلامت افراد دانسته است. قرار گرفتن این عامل در ردیف مهمترین راهبردهای مقابله‌ای در جوانان جامعه ما ناشی از حاکمیت فرهنگ دینی در جامعه و نیز قرار گرفتن در یک جوّ مذهبی از نخستین سال‌های زندگی است؛ آن‌چنان که در قرآن نیز آمده است که «یاد خداوند موجب آرامش دلها می‌شود» (رعد، ۲۸). با آنکه خداجویی در نظر علمای دین مقوله‌ای فطری است اما همه، بر اثر بسیار چشمگیر انواع آموزش بر آن اذعان دارند و بر این باورند میزان اعتقاد به دین و ثبات و قوام آن در بزرگسالی به میزان کارآمدی آموزش‌های دینی در دوران کودکی وابسته است (دادستان و همکاران، ۱۳۸۶) بنابر این نمی‌توان اثر فرهنگ و جامعه را بر گسترش این راهبرد نادیده گرفت.

عامل چهارم مقابله شناختی - اجتنابی نامگذاری گردید که شامل زیر مقیاس‌های عقب نشینی روانی، عقب نشینی رفتاری و انکار است. این نوع مقابله پاسخی را در بر می‌گیرد که هدف آن انکار یا عقب نشینی برای به حداقل رساندن آسیب‌های یک بحران یا پیامدهای آن است. راهبردهای عقب نشینی روانی، عقب نشینی رفتاری به کوشش‌های فعالانه‌ای اشاره دارد که برای کنار آمدن با یک موقعیت استرس زا بر اساس انتخاب یک فعالیت لذت بخش انجام

می‌شود و فعالیت‌های گسترده‌ای مانند پرداختن به یک کار ذوقی جنبی، ورزشی، تماشای تلویزیون، مطالعه و مانند اینها را در بر می‌گیرند. انکار نیز جزئی از اجتناب شناختی می‌شود. در ادبیات پژوهشی، اجتناب شناختی یکی از راهبردهای خانواده گریز - اجتناب^۱ است. این خانواده در برگرفته انواع کوشش‌هایی است که برای فاصله‌گیری از عوامل استرس زا انجام می‌شوند و راهبردهایی مانند اجتناب شناختی، اجتناب از عمل، انکار و تفکر آرزومندانه را در چهارچوب خود قرار می‌دهند (اسکینر و زیمر - گمبک، ۲۰۰۷). بنابراین، اجتناب از مقابله با عوامل استرس زا، به درجات متفاوت و به گونه‌های مختلف را می‌توان به منزله وجه اشتراک کنش‌های عامل چهارم در نظر گرفت و قرار گرفتن آنها در یک عامل را توجیه کرد. در واقع عامل مذکور می‌تواند متناسب با عامل کمتر مفید در پرسشنامه کارور و همکاران باشد زیرا در عامل چهارم، فرد در صدد است تا از منبع استرس دوری کند تا بدین وسیله به آرامش بیشتری دست یابد.

راهبردهای رفتاری - اجتنابی به عنوان عامل پنجم در پژوهش حاضر نامگذاری شد که در بر گیرنده زیر مقیاس شوخ طبعی است. شوخ طبعی یکی از شیوه‌های کنار آمدن با مشکلات هیجانی است. شوخ طبعی، سبک انطباقی مؤثری در مواجهه با شماری از هیجانات گوناگون همانند کاهش اضطراب، استرس و حالات خلقی منفی در پاسخ به موقعیت‌های استرس زا است. در پاسخ به عوامل استرس زای منفی، شوخ طبعی با ایجاد فاصله بین

^۱ escape - avoidance

فرد و موقعیت، چون عامل شناختی و نتیجه بخشی عمل می‌کند که دیدگاه عینی‌تری از موقعیت موجود را فرا روی فرد قرار می‌دهد. به‌خصوص این فرایند در کنار آمدن با خلق افسرده بسیار مفید می‌تواند باشد (رایس، ۱۳۸۷).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای یک ابزار چند بعدی شامل مقابله شناختی - گرایشی، مقابله رفتاری - گرایشی، مقابله هیجانی - گرایشی، مقابله شناختی - گرایشی و مقابله رفتاری - اجتنابی است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که این ابزار، دارای روایی و اعتبار مناسب برای ارزیابی و سنجش شیوه‌های مقابله با استرس است و لذا در تلاش‌های پژوهشی و بالینی قابل کاربرد است؛ اما این نکته نیز قابل ذکر است که یافته‌های پژوهش فوق بر اساس داده‌های حاصل از نمونه دانشجویان دانشگاه اصفهان است و از این رو فقط قابل تعمیم به جامعه دانشجویان این شهر است. با عنایت به کاربرد گسترده این ابزار در کشورهای مختلف که حاکی از سودمندی آن است، توصیه می‌شود ویژگی‌ها و کیفیت اندازه‌گیری پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور و همکاران (۱۹۸۹) در سایر شهرها، گروه‌های قومی، زبانی، و فرهنگی مورد بررسی قرار گیرد تا بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعات به یک ابزار استاندارد، معتبر و روا در زمینه سنجش شیوه‌های مقابله با استرس دست یافته شود.

منابع

اکبرزاده، ب. (۱۳۷۶). گذر از نوجوانی به پیری (روانشناسی رشد و تحول). تهران: دانشگاه الزهرا.

بهرامی، ف. (۱۳۷۶). بررسی تأثیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر نحوه مقابله با بحران نوجوانان سال دوم راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران در سال تحصیلی ۷۶ - ۱۳۷۵ و رابطه آن با نقش مشاوره. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا.

خدایاری‌فرد، م و پرند، ا. (۱۳۸۶). استرس و روش‌های مقابله با آن. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

دادستان، پ؛ حاجی‌زادگان، م؛ علی‌پور، ا و عسگری، ع. (۱۳۸۶). اعتبار، رواسازی و تعیین ساختار عاملی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای نوجوانان. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال سوم، شماره ۱۱، صص ۱۸۹ - ۲۰۸.

دادستان، پ؛ حاجی‌زادگان، م و عسگری، ع. (۱۳۸۷). گسترش یک مقیاس راهبردهای مقابله‌ای در دانشجویان: دو فرم موازی. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال چهارم، شماره ۱۵، صص ۲۱۷ - ۲۳۳.

رایس، ف. (۱۳۸۷). روان‌شناسی رشد از تولد تا مرگ. ترجمه مهشید فروغان. تهران: ارجمند.

سموعی، ر؛ ابراهیمی، ا؛ موسوی، غ؛ حسن‌زاده، ا و رفیعی، س. (۱۳۷۲). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. مجله

- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Folkman, S. and Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and The Other Side of Coping, *American Psychologist*, 55, (6), 647-654.
- Frydenberg, E. and Lewis, R. (1993). The Coping Strategies Used by Capable Adolescent, *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 3,(7), 1-9.
- Gonzales, N. A. Tein, J. Y. Sandler, I. N. and Fridman, R. J. (2001). On The Limits of Coping: Interaction Between Stress and Coping for Inner City Adolescents, *Journal of Adolescent Research*, 16,(8), 372-395
- Gutierrez, F. Peri, J. M. Torres, X. Caseras, X. and Valdes, M. (2007). Three Dimensions of Coping and A look at Their Evolutionary Origin, *Journal of Research in Personality*, 41, 1032-1053.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGrawi.
- Lyne, K. and Roger, D. (2000). A Psychometric Re-assessment of The COPE Questionnaire, *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.
- Paloutzian, R. and Parks, C. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I. Magyar, G. and Murray, N. (2007). Introduction To The Special Issue on Spirituality and Psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 63, (11), 903-908.
- Skinner, E. A. (2003). Coping Across the Lifespan, *International Encyclopedia of The Social and Behavioral Sciences*. Available at: Elsevier: Oxford, U. k.
- Skinner, E. A. and Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping, *the Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Yeh, Ch. And Inose, M. (2002). Difficulties and Coping Strategies of Chinese, Japanese and Korean immigrant student, *Journal of Adolescence*, 37,(9), 69-82.
- Zuckerman, M. and Gagne, M. (2003). The COPE Revised: Proposing a 5-Factor Model of Coping Strategies, *Journal Of Research in Personality*, 37, (14), 169-204.
- اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۲ و ۳، صص ۲۹-۴۷.
- غضنفری، ف و قدم‌پور، ع. (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۳۷، صص ۴۷-۵۴.
- ملازاده، ج؛ منصور، م؛ اژه‌ای، ج و کیامنش، ع. (۱۳۸۱). سبک‌های رویاگری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. مجله روان‌شناسی، سال ششم، شماره ۳، صص ۲۵۵-۲۷۶.
- وقری، ع. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر رابطه بین خودکار آمدی و سبک‌های مقابله با بحران در زوج‌های جوان دانشجوی دانشگاه‌های تهران در سال تحصیلی ۱۳۷۸-۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا.
- Aldwin, C. M. (2000). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. London: The Guilford Press.
- Billings, A. G. and Moos, R. H. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4, (2), 139-157.
- Bjorck, J. P. (1997). Religiousness and Coping: Implications for Clinical Practice, *Journal of Psychology and Christianity*, 16, (5), 62-67.
- Carver, C. S. Scheier, M. F. and Weintrub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (3), 267-283.
- Chaplain, J. E. (2005). *Spirituality, Religion, and Health Interest Group*, University of Pennsylvania Health System.
- Endler, N. S. and Parker, D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844 -854.

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال سوم، شماره دوم، پیاپی (۵)، پاییز و زمستان ۱۳۹۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۷

صص: ۷۰-۵۵

رابطه باورهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک)

در جمعیت غیربالینی

مهدی حسونند عموزاده^{۱*}، رسول روشن چسلی^۲، مسعود حسونند عموزاده^۳

۱- مربی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

m.amouzade@gmail.com

۲- دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران

rasolroshan@gmail.com

۳- دکتری تخصصی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

Aramo42@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی در جمعیت غیربالینی انجام شده است. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ (۱۶۶ زن و ۱۳۴ مرد) دانشجوی دانشگاه ایلام بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان افراد جامعه مزبور انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و سیاهه فویبای اجتماعی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی رابطه مثبت و معناداری دارد ($P < 0/05$). همچنین، نتایج ضریب رگرسیون گام به گام نشان داد که قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌ها برای نشانه‌های اضطراب اجتماعی؛ برای مؤلفه اجتناب، خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری فکر و خطر و خود آگهی شناختی؛ برای مؤلفه ترس، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر؛ برای مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر، باورهای مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی هستند ($P \leq 0/05$). یافته‌های حاضر با حمایت از مدل فراشناختی ولز و میتوز برای اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی در ارتباط با علایم اضطراب اجتماعی نقش مهمی دارند. بنابراین، تغییر باورهای فراشناختی با توجه به اهمیت نقش آنها در مؤلفه‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک می‌تواند به عنوان مانعی در تشدید و تداوم علائم اضطراب اجتماعی باشد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، اجتناب، ترس، ناراحتی فیزیولوژیک

مقدمه

پژوهشگران در دو دهه اخیر، در عین پرداختن به جنبه‌های آسیب‌شناسی و نشانه شناختی اختلال مزبور، به زمینه‌های عالی یا ارتباطی متغیرهای دیگر با اضطراب اجتماعی توجه جدی نشان داده‌اند. بدین خاطر با مسائل متعددی در ارتباط با متغیرهای یاد شده روبرو بوده‌اند. در این رابطه الگوهای شناختی و در پی آن الگوهای فراشناختی، ساز و کارهای زیرین اضطراب اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند (لی و تلچ^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ ولز و میتوز^{۱۲}، ۱۹۹۶). برخی از نخستین معیارهای رفتاری اضطراب اجتماعی بر نبود مهارت‌های اجتماعی در افراد مبتلا تاکید داشتند، سپس معیارهای شناختی با تاکید بر بی‌کفایتی ادراک شده و ترس از ارزیابی منفی و اخیرا دانش (باورها) فرایندها و راهبردهایی که شناخت را ارزیابی، نظارت و کنترل می‌کنند مطرح گردیده است.

کلارک^{۱۳} و ولز (۱۹۹۵) در مدل شناختی که برای اضطراب اجتماعی ارائه داده‌اند، بر این عقیده‌اند که بیماران اضطراب اجتماعی بر اساس تجارب اولیه، یک رشته فرض‌های شناختی درباره خودشان و موقعیت اجتماعی بوجود می‌آورند. این فرض‌ها سبب سوگیری در تعبیر می‌شود و این امر مؤلفه‌های رفتاری تغییر توجه را در برنامه اضطراب متاثر می‌سازد. همچنین مدل شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی^{۱۴} (رپی و هیمبرگ^{۱۵}، ۱۹۹۷) بیان می‌دارد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی میان رفتار ادراک شده خودشان و استانداردی که باور دارند

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ این‌طور مفهوم‌پردازی می‌شود: ترس افراطی یا غیرمعقول از موقعیت‌هایی که رفتار یا عملکرد فرد ممکن است مورد واریسی^۲ یا ارزیابی قرار بگیرد. این ترس ناشی از این انتظار است که فرد به‌طور منفی مورد قضاوت قرار خواهد گرفت و این مسئله به دستپاچگی و تحقیر خواهد انجامید (سوزیک و همکاران^۳، ۲۰۰۸). به لحاظ میزان شیوع، اضطراب اجتماعی یکی از سه اختلال شایع روان‌پزشکی (گارسیا لوپز^۴، ۲۰۰۶) بعد از افسردگی اساسی و الکلیسم است (مویترا و همکاران^۵، ۲۰۰۸). شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در مطالعه مراحل رشدی اولیه آسیب‌شناسی روانی^۶ (EDSP) مورد بررسی قرار گرفته که میزان شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی را ۵/۲٪ و نرخ شیوع مادام‌العمر آن را ۷/۳٪ نشان داده است (هیمبرگ و بکر^۷، ۲۰۰۲). جوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌طور کلی مراودات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند (آلفانو و بیدل^۸، ۲۰۱۱). باید توجه داشت اضطراب اجتماعی با کاهش زیاد کیفیت زندگی مرتبط است (فارمارک^۹، ۲۰۰۲؛ ویتچین و بلوچ^{۱۰}، ۱۹۹۶)

¹ social anxiety disorder

² scrutiny

³ Sosis et al

⁴ Garcia-Lopez

⁵ Moitra et al

⁶ early developmental stages of psychopathology (EDSP) study

⁷ Heimberg & Becker

⁸ Alfano & Beidel

⁹ Farmark

¹⁰ Wittchen & Beloch

¹¹ Lee & Telch

¹² Wells & Matthews

¹³ Clark

¹⁴ cognitive behavioral model of social phobia

¹⁵ Rapee & Heimberg

فراشناخت‌ها چه در میان جمعیت نرمال و چه در میان بیماران اقدام کرده‌اند (ولز و پاپا جورجیوس^۷، ۱۹۹۸). ولز و کارتر^۸ (۲۰۰۱) بیان می‌کنند که باورهای فراشناختی ممکن است در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اضطرابی نقش مهم و اساسی داشته باشند. الیس و هادسون^۹ (۲۰۱۰) نشان دادند که نگرانی و اضطراب از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، به‌خصوص اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی بوده که با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارند.

به‌نظر ولز (۲۰۰۹) تأثیر انواع راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساساتشان در موقعیت‌هایی که ارزیابی می‌شوند، می‌تواند نشانه‌های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری را در پی داشته باشد. وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویشتن می‌تواند به‌عنوان عامل خطر^{۱۰} در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد. (روث^{۱۱}، ۲۰۰۴). بدین ترتیب منشاء آشفتگی‌هایی افراد مضطرب اجتماعی ممکن است ماهیت ساختاری داشته باشد و یا اینکه با استراتژی‌های بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد (اسپکتور و لیمن^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ ولز، ۲۰۰۹). در همین راستا محققان نشان داده‌اند که علایم اضطرابی ممکن است ناشی از انتخاب‌های گزینشی باشد که تحت تأثیر باورهای فراشناختی

دیگران برای آن‌ها در نظر گرفته‌اند، در نوسان بوده و این امر منجر به ترس از ارزیابی منفی می‌شود.

از طرفی فراشناخت شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مربوط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است که کارکرد نظام شناختی را تحت تأثیر قرار داده و حالت شناختی جاری را تنظیم نموده و منجر به آگاهی از آن می‌شود (اسپادا و همکاران^۱، ۲۰۰۸). به اعتقاد فلاول و میلر^۲ (۱۹۹۸) فراشناخت دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی بازبینی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. طبق یافته‌های پژوهشی فرآیندهای شناختی بیماران اضطراب اجتماعی نارسا و مختل است (ولز و میتوز، ۱۹۹۶؛ ولز، ۱۹۹۷؛ افشاری و همکاران، ۱۳۸۹). نقش باورهای فراشناختی در اختلالات روان‌شناختی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط ولز و میتوز (۱۹۹۶) توسعه داده شده است. در مدل کنش اجرایی خود - تنظیمی^۳ آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی، تداوم و حفظ این اختلالات با سندرم شناختی - توجهی^۴ که با توجه تثبیت شده^۵، بازبینی تهدید، پردازش نشخوار فکری^۶، فعال‌سازی باورهای مختل و استراتژی‌های خود تنظیمی مشخص می‌شود، مرتبط است (ولز، ۱۹۹۷؛ اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸). این مدل نقش درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. چندین نظریه پرداز بر اساس مدل کنش اجرایی خود - تنظیمی به شناسایی و بررسی

⁷ papageorgiou

⁸ Wells & Carter

⁹ Ellis & Hudson

¹⁰ risk factor

¹¹ Roth

¹² Spectur & Libman

¹ spada etal

² Flavell & Miller

³ self-regulatory executive function model

⁴ syndrome cognitive-attention

⁵ fixated attention

⁶ rumination

قراردارند (ولز و کارتر، ۲۰۰۱؛ یلماز^۱، ۲۰۱۱). برهمند^۲ (۲۰۰۴) و مارکانتانی و همکاران^۳ (۲۰۱۰) بین باورهای فراشناختی به خصوص استراتژی کنترل فکر با افکار اضطرابی در بیماران اضطراب اجتماعی و بیماران اضطراب فراگیر همبستگی قوی تری نسبت به گروه کنترل مشاهده نموده‌اند. اسپادا و همکاران (۲۰۰۸) و ولز و کارت رایت - هاتن^۴ (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که برخی از ابعاد فراشناخت شامل (باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر، اعتماد شناختی و باورهایی در زمینه نیاز به کنترل افکار) با انواع اضطراب رابطه مثبتی دارند.

در ایران وزیری و همکاران (۱۳۸۷) بین باورهای فراشناختی با فوبی ارتباط معناداری یافتند ولی کرمی و همکاران (۱۳۹۰) بین باورهای فراشناختی با هراس اجتماعی ارتباطی یافت نکردند. به طور کلی می‌توان گفت مطابق پژوهش‌ها، بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سوگیری‌هایی در موارد زیر مشخص می‌شوند: تعبیر منفی وقایع اجتماعی بیرونی، کشف پاسخ‌های منفی از جانب دیگران، به هم خوردن تعادل توجه بین پردازش بیرونی و پردازش متمرکز بر خود، استفاده از اطلاعات درونی برای ساختن یک طرز فکر در مورد اینکه از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، یادآوری اطلاعات منفی در مورد عملکردهای خود و همچنین تنوعی از پردازش‌های پس از واقعه و پیش‌بینی شکست قبل از رویارویی با موقعیت (کلارک و مک مانوس^۵، ۲۰۰۲).

ولز (۲۰۰۳) به یک سندرم توجهی شناختی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی اشاره کرد که شامل فکری است که به صورت تکراری و با دشواری در کنترل در شکل نگرانی و نشخوار ذهنی رفتار خود بازنگری نمایان می‌شود. فعالیت و پایداری این سندرم در پاسخ به تنش، بستگی به عقاید فراشناختی ناسازگار دارد. همچنین وی دریافت که بیماران، برخی فراشناخت‌های مثبت در مورد استفاده از نگرانی به عنوان یک وسیله مقابله‌ای و هم فراشناخت‌های منفی در مورد کنترل ناپذیری و احتمال تأثیرات منفی را دارند (ولز، ۲۰۰۳).

افراد مبتلا به هراس اجتماعی، اطلاعات محیط اجتماعی را به صورت انتخابی و تحریف شده پردازش می‌کنند و در این زمینه خطاهای شناختی بیشتری از خود نشان می‌دهند. این خطاها ممکن است در زمینه توجه (چن و همکاران^۶، ۲۰۰۳) و تعبیر و تفسیر وقایع (هیگا و دالیدن^۷، ۲۰۰۷) و اطلاعات باشد که معمولاً به صورت ترکیبی با همدیگر عمل می‌کنند (لی و تلچ، ۲۰۰۸). بنابراین به نظر می‌رسد باورهای فراشناختی با تجربه نشانه‌های اضطرابی و حفظ و تداوم این نشانه‌ها (ولز و کارتر، ۲۰۰۱) ارتباط داشته باشد.

با وجود شیوع بالای اضطراب اجتماعی و تداخل جدی با زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد (بیدل و همکاران^۸، ۲۰۱۰)، بعید است که افراد مبتلا در جستجوی درمان برآیند. در مطالعه مراحل رشدی اولیه آسیب‌شناسی روانی (EDPS) تنها ۱۹ درصد از

¹ Yilmaz

² Barahmand

³ Marcantonio etal

⁴ Cartwright-Hatton

⁵ Mc Manus

⁶ Chen etal

⁷ Higa & Daliden

⁸ Beidel etal

اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک به عنوان مؤلفه‌های اصلی اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران^۴، ۲۰۰۰) (۲۰۰۰) پرداخت تا درعین مشخص کردن روابط متغیرهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی، تا حدودی زمینه شکل‌گیری اضطراب اجتماعی در گستره عوامل تاثیرگذار و گستره همبسته‌های مرتبط با آن را مشخص نماید. بنابراین با توجه به مطالب فوق‌الذکر هدف تحقیق حاضر، بررسی رابطه باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک) بود. فرضیه‌های زیر قابل تدوین است:

- ۱- باورهای فراشناختی، مؤلفه اجتناب از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌کند.
- ۲- باورهای فراشناختی، مؤلفه ترس از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌کند.
- ۳- باورهای فراشناختی، مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌کند.

روش

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع توصیفی - همبستگی بود که به بررسی رابطه باورهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس، ناراحتی فیزیولوژیک) در جمعیت غیربالینی پرداخت. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی متغیر ملاک از روی چند

افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و در مطالعه زمینه‌یابی ملی همایندهای مرضی^۱ (NCS) تنها ۲/۵ درصد از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در طول زندگی، در جستجوی کمک حرفه‌ای بر آمده‌اند (همیبرگ و بکر، ۲۰۰۲). موارد مطرح شده اهمیت توجه به نمونه‌های غیربالینی و افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در اجتماع را که برای درمان مراجعه نمی‌کنند، بیش از پیش برجسته می‌نماید. اهمیت دیگر پژوهش، تعیین وزن هر یک از مؤلفه‌های فراشناختی در پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب اجتماعی است. با مشخص شدن اهمیت مؤلفه‌های در نظر گرفته شده، می‌توان به زمینه همبسته‌های متغیر اضطراب اجتماعی در شرایط بوم - فرهنگ خاص نزدیک شده و تا حدودی زمینه‌های شکل‌گیری آن را ترسیم نمود. با توجه به میزان شیوع بالای این اختلال (فارمارک، ۲۰۰۲) و با مدنظر قرار دادن این مطالب که اضطراب اجتماعی ارتباط گسترده‌ای با کیفیت زندگی فردی - اجتماعی همچون، افت عملکرد با انتظارات دوران بزرگسالی، معلولیت‌های قابل ملاحظه (اکارتورک و همکاران^۲، ۲۰۰۸) و کاهش معنا در سطوح زندگی دارد (بوگلز و همکاران^۳، ۲۰۱۰) و نیز با توجه به نقص تحقیقات موجود در ایران در تعیین بیشتر واریانس متغیرهایی که قادرند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی نمایند، پژوهش حاضر در عین اینکه بیانگر شرایط متغیر اضطراب اجتماعی در نمونه‌های خاص در ایران بوده، به بررسی رابطه باورهای فراشناختی با نشانگان ترس،

^۱ national comorbidity survey

^۲ Acarturk etal

^۳ Bögels etal

^۴ Connor etal

جدول ۱. جدول مربوط به جامعه و تعداد نمونه ارائه شده

درصد	نمونه فراوانی	فراوانی جامعه	آزمودنی	دانشکده
۰/۱۷	۵۴	۶۹۳	زن	علوم انسانی
۰/۱۳	۴۰	۷۲۷	مرد	
۰/۳۱	۹۴	۲۰۲۰	کل	
۰/۰۹	۲۹	۲۸۹	زن	علوم کشاورزی
۰/۰۷	۲۳	۲۲۷	مرد	
۰/۱۶	۵۱	۵۱۶	کل	
۰/۱۶	۴۹	۵۵۸	زن	علوم پایه
۰/۰۶	۱۸	۲۰۴	مرد	
۰/۲۳	۶۷	۷۶۲	کل	
۰/۱۱	۳۵	۳۵۳	زن	فنی و مهندسی
۰/۱۷	۵۳	۷۱۰	مرد	
۰/۲۸	۸۸	۱۰۶۳	کل	
۱۰۰	۳۰۰	۵۷۳۵		مجموع

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- مقیاس اضطراب اجتماعی^۴ (SPIN): این مقیاس نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. هر ماده بر اساس مقیاس لکیرت پنج درجه‌ای (به‌هیچ وجه=۰، کم=۱، تا اندازه‌ای=۲، خیلی زیاد=۳ و بی‌نهایت=۴) درجه‌بندی می‌شود. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده

متغیر پیش‌بین بود، در این پژوهش مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی متغیر ملاک و مؤلفه‌های فراشناختی به‌عنوان مؤلفه‌های پیش‌بین در نظر گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانشجویان مقطع کارشناسی نیم سال اول سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ دانشگاه ایلام بود. نگاهی به پژوهش‌های همبستگی در مورد اضطراب اجتماعی و جوامعی مشابه جامعه مورد مطالعه بیانگر نمونه‌های متنوعی است که با توجه به پژوهش‌های مرتبط با متغیر یاد شده؛ کاشدان و همکاران^۱، ۲۰۰۸؛ ۱۰۰ نفر، جان و همکاران^۲ ۲۰۱۰؛ ۲۴۰ نفر، مارتین و دالن^۳، ۲۰۰۵، ۲۳۴ نفر، در پژوهش حاضر با احتساب نرخ ریزش از ۳۱۰ نفر برای تکمیل، پرسشنامه‌های تحقیق دعوت به‌عمل آمد. در آخر با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش تعداد ۳۰۰ نفر (۱۶۶ دختر و ۱۳۴ پسر) از رشته‌های مختلف تحصیلی در حوزه‌های علوم انسانی، علوم پایه، کشاورزی، فنی و مهندسی به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۲۱/۹۷ سال (دامنه ۲۸-۲۱/۸۹، $sd=۲/۲۲،۱۹$)، میانگین سنی دانشجویان دختر ۲۱/۸۹ سال (دامنه ۲۷-۲/۱۹،۴ $sd=۲/۱۹،۴$) و میانگین سنی دانشجویان پسر ۲۲/۰۶ سال (دامنه ۲۸-۱/۱۹،۹۶ $sd=۱/۱۹،۹۶$) بود.

^۱ Kashdan et al

^۲ Jon et al

^۳ Martin & Dahlen

^۴ Social Phobia Inventory (SPIN)

فیزیولوژیک برای سنجش علایم اضطراب اجتماعی استفاده شد. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ-۳۰):
به منظور سنجش باورهای فراشناختی توسط ولز و کارت رایت - هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. پرسشنامه فراشناخت ۵ مقیاس دارد که عبارتند از: ۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی ۲- اعتماد شناختی ۳- خودآگاهی شناختی ۴- باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ۵- باورها در مورد نیاز به کنترل افکار. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازمیابی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب - صفت - حالت اسپیل برگر (۰/۵۳) پرسشنامه نگرانی حالت بین (۰/۵۴) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری - عملی پادوا (۰/۴۹) معنادار است (ولز و پاپو جورجیو، ۱۹۹۸).
ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است (شیرینزاده، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: جهت اجرای این

پژوهش ابتدا ابزارهای مورد نیاز تهیه شد و سپس از

و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹ و برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک معادل ۰/۸ گزارش شده است (کانور و همکاران، ۲۰۰۰).
حسنوند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹) در نمونه غیربالینی در ایران روایی و پایایی این مقیاس را به دست آوردند. ضریب آلفای پرسشنامه در نیمه اول آزمون برابر ۰/۸۲، برای نیمه دوم آزمون برابر ۰/۷۶، همچنین همبستگی دو نیمه آزمون برابر ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون کل پرسشنامه برابر ۰/۹۱ بوده است. همچنین محاسبه آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برای اجتناب برابر ۰/۷۵، برای ترس برابر ۰/۷۴ و برای ناراحتی برابر ۰/۷۵ بوده، که نشانگر این است که پایایی محاسبه شده رضایت‌بخش است. اعتبار همگرایی پرسشنامه SPIN بر اساس رابطه آن با پرسشنامه خطای شناختی^۱ (CEQ) $r(0/001) = 0/35$ ، با نمرات مقیاس درجه‌بندی حرمت خود^۲ (SERS) $r(0/001) = 0/58$ و با اضطراب فوییک از نسخه تجدید نظر شده چک لیست نشانگان^۳ ۹۰ سوالی (SCL-90-R) $r(0/001) = 0/70$ به دست آمد که بیانگر اعتبار مناسب آزمون است. در پژوهش حاضر از سه مقیاس فرعی پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN) یعنی ترس، اجتناب و ناراحتی

^۱ Cognitive Error Questionnaire(CEQ)

^۲ Self-Esteem Rating Scale(SERS)

^۳ Symptom Check List -90- Revised (SCL-90-R)

^۴ Meta-Cognations Questionnaire- 30(MCQ-30)

هر دانشکده چند کلاس به تصادف انتخاب شد. در پی آن نخست از افراد خواسته شد تا رضایت نامه پژوهش را پر کنند و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند، همچنین به آن‌ها گفته شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند. آنگاه پرسشنامه‌ها به شکل همزمان در بین نمونه‌های انتخاب شده توزیع و اطلاعاتی در رابطه با نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها داده شد. نهایتاً داده‌های مورد نیاز استخراج و پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود در پژوهش حاضر شامل اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه ایلام، تمایل به شرکت در مطالعه و عدم وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده که موجب کاهش انگیزه در تکمیل پرسشنامه‌ها می‌گردید و معیارهای خروج از پژوهش شامل وجود اختلالات عضوی نظیر ضربه به سر، صرع، تشنج و تومور مغزی از جمله معیارهای بود که باعث حذف آزمودنی‌ها از فرآیند پژوهش می‌گردید. بعد از اجرای پرسشنامه‌ها در گروه‌ها و خوشه‌های انتخاب شده، در نهایت پس از بررسی نواقص پرسشنامه‌های پر شده توسط آزمودنی‌ها، تعداد ۳۰۰ پرسشنامه برای تجزیه و

تحلیل نهایی انتخاب گردید. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: (۱) کلیه پاسخ دهندگان به صورت کتبی اطلاعاتی را در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کردند. (۲) افراد آزادی کامل داشتند تا در صورت عدم تمایل در پژوهش شرکت نکنند. (۳) به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات بر اساس اصل رازداری، محرمانه می‌باشد و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. (۴) به منظور رعایت حریم خصوصی افراد نام و نام خانوادگی افراد ثبت نشد. (۵) شرکت کنندگانی که تمایل به آگاهی از نتایج پژوهش را داشتند، امکان ارائه نتایج پژوهش پس از اتمام کار به صورت مشاوره انفرادی برای آن‌ها وجود داشت. (۶) جهت حصول اطمینان از روند پژوهش کلیه پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

نتایج

نتایج رگرسیون چندگانه گام به گام به ترتیب در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. ضریب رگرسیون چند متغیری مؤلفه‌های فراشناختی با مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی با روش گام به گام

T (p)	β	ΔR^2	R2	F (p)	Ms	Df	Ss	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک
۱/۳۳۶ ۰/۰۰۴	۰/۳۲۶	۰/۲۲۴	۰/۲۲۸	۴۷/۹۲ ۰/۰۰۱	۴۲۳۰/۵۲	۱	۱۲۹۶/۷۱	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر	اجتناب
۴/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۲۱۸	۰/۲۲۸	۰/۲۴۱	۳۸/۷۲ ۰/۰۰۱	۳۵۸۱/۱۱	۲	۲۱۲۸/۰۲	خودآگاهی شناختی باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر	ترس
۳/۵۹ ۰/۰۰۱	۰/۲۸۱	۰/۲۶۱	۰/۰۷۱	۴۹/۲۸ ۰/۰۰۱	۳۴۰۱/۴۴	۱	۵۴۱۰۲/۱۳	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر	ناراحتی
۲/۳۹ ۰/۰۱	۰/۱۷۱	۰/۲۸۳	۰/۰۲۰	۲۵/۴ ۰/۰۰۱	۳۳۲۰/۲۵	۲	۱۲۲۸/۱۳	اعتماد شناختی باورهای مثبت در مورد نگرانی	
۱/۹۸ ۰/۰۲	۰/۱۳۶	۰/۲۹۶	۰/۰۱۲	۳۷/۷۱ ۰/۰۰۱	۱۲۴۱/۱۲	۳	۳۲۱۰/۴۱	باورهای مثبت در مورد نگرانی	

فراشناخت بهترین متغیرهای پیش‌بین برای مؤلفه اجتناب، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ($R^2=۰/۲۲۴$ ؛ $p \leq ۰/۰۰۴$) و خودآگاهی شناختی ($R^2=۰/۲۲۸$ ؛ $p \leq ۰/۰۰۱$) است. بنابراین

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد ابتدا همه مؤلفه‌های فراشناختی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و مؤلفه اجتناب به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج نشان داد که از میان مؤلفه‌های

فکر و خطر، اعتماد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه

نتایج پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی رابطه معناداری دارند و این ارتباط در مؤلفه اجتناب نسبت به ترس و ناراحتی فیزیولوژیک قوی‌تر است. این یافته با پژوهش‌های ولز و کارتر (۲۰۰۱)، وزیر و همکاران (۱۳۸۷)، هیگا و دالیدن (۲۰۰۷) و برهمند (۲۰۰۴) همخوانی دارد. در تبیین یافته به دست آمده با توجه به تئوری‌های شناختی و فراشناختی در حوزه آسیب‌شناسی اضطراب اجتماعی می‌توان به اهمیت سوگیری در تعبیر و نقش آن در ارزیابی منفی رویدادها به عنوان هسته اضطراب اجتماعی اشاره کرد. می‌توان گفت سوگیری در تعبیر و تفسیر موقعیت‌های اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه در مورد خود و محیط اجتماعی می‌شود. این امر به بازبینی تهدید و فعال‌سازی استراتژی‌های خود تنظیمی ناکارآمد ارتباط دارد و ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را در پی دارد. نتایج پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۰۳) کلارک و ولز (۱۹۹۵)، رپی و هیمبرگ (۱۹۹۷) و کلارک و مک مانوس (۲۰۰۲) به نوعی تاییدکننده این موضوع هستند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که به ترتیب، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر و خودآگاهی شناختی از مهمترین مؤلفه‌های فراشناختی هستند که مؤلفه اجتناب را پیش‌بینی می‌کنند. در صورتی که مؤلفه‌های باورهای منفی در

فرضیه اول پژوهش که بیان می‌دارد باورهای فراشناختی، مؤلفه اجتناب از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌نماید، در دو مورد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر و خودآگاهی شناختی تایید می‌گردد.

سپس همه مؤلفه‌های فراشناختی به عنوان متغیر پیش‌بین و مؤلفه ترس به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج نشان داد که از میان مؤلفه‌های فراشناختی بهترین متغیرهای پیش‌بین برای مؤلفه ترس، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ($R^2=0/441$; $p \leq 0/002$) است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش که بیان می‌دارد باورهای فراشناختی، مؤلفه ترس از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌نماید، فقط در مورد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر تایید می‌گردد.

در مرحله آخر همه مؤلفه‌های فراشناختی به عنوان متغیر پیش‌بین و مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج نشان داد که از میان مؤلفه‌های فراشناختی بهترین متغیرهای پیش‌بین برای مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ($R^2=0/261$; $p \leq 0/001$)، اعتماد شناختی ($R^2=0/283$; $p \leq 0/01$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($R^2=0/296$; $p \leq 0/02$) است. بنابراین فرضیه سوم پژوهش که بیان می‌دارد باورهای فراشناختی، مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌نماید، در سه مورد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری

وضعیت جاری می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). در همین راستا مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی نیز (رپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷ و هافمن^۱، ۲۰۰۷؛ کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ کیمبرل^۲، ۲۰۰۸) باورهای ناسازگارانه را عاملی در جهت احساس اضطراب در موقعیت‌های جدید می‌دانند. این اضطراب در سیکل معیوبی رفتارهای اجتنابی (اجتناب مؤلفه‌ای است که بالاترین همبستگی را با باورهای فرا شناختی دارد) را بر می‌انگیزد که موجب تداوم باورهای ناکارآمد می‌شود (ولز و کارتر، ۲۰۰۱). می‌توان گفت که باورهای فراشناختی، در سطحی بالاتر از فرآیندهای شناختی در تعامل با مؤلفه‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک به هنگام رویارویی فرد با موقعیت‌های جدید با آشفستگی ذهنی همراه می‌شوند.

یافته پژوهش حاضر و پژوهش‌های نامبرده با پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۰) که در پژوهش خویش نشان داده‌اند مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر و فراشناخت کل، توان پیش‌بینی هراس اجتماعی را ندارند، ناهمخوان است. در تبیین این تفاوت یافته‌ها می‌توان به بحث تفاوت‌های فردی و فرهنگی که در شکل‌گیری فرآیندهای شناختی و فراشناختی وجود دارد، اشاره کرد. فرآیندهای فراشناختی دارای دو جنبه مستقل اما مرتبط با یکدیگرند: دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی (کدیور، ۱۳۸۳). از این رو تجربه فراشناختی می‌تواند در تعامل بین شخص و محیط، دانش شناختی و باورهای فراشناختی را متاثر سازد و

مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر تنها مؤلفه‌ای است که ترس را پیش‌بینی می‌کنند و مؤلفه‌های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر، اعتماد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک را پیش‌بینی می‌کنند که با یافته‌های پژوهشی وزیری و همکاران (۱۳۸۹)، ولز (۱۹۹۵)، مارکانتانیو و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که مطابق مدل فراشناختی اضطراب ولز و میتوز (۱۹۹۶) افراد آسیب‌پذیر به دلیل نگرانی (هادسون و ایس، ۲۰۱۰) با ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت (برای مثال، برای اجتناب از خطر باید نگران باشیم) و باورهای فراشناختی منفی (برای مثال «من هیچ کنترلی بر نگرانی ندارم») درگیر سندرم شناختی - توجهی می‌شوند که این امر به تداوم نشانه‌های اضطراب اجتماعی می‌انجامد. در تبیین دیگر می‌توان گفت باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ارزیابی موقعیت‌های تازه با توجه به مدل کنش اجرایی خود - تنظیمی بازبینی تهدیدآوری از موقعیت‌های اجتماعی دارند و این امر فعال‌سازی باورهای مختل را به دنبال دارد. برای مثال باور مثبت «برای اینکه در امان بمانم، باید به خطر توجه کنم» موجب تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود. همچنین باور منفی "من هیچ کنترلی به تفکر خود ندارم" با توانایی فرد در کنار گذاشتن سبک تفکر ناسازگارانه تداخل می‌نماید. علاوه بر این باورهای منفی مانند «فکر کردن به این افکار باعث می‌شود تا کنترل ذهنم را از دست بدهم» باعث تشدید توجه تثبیت شده در

¹ Hofmann

² Kimbrel

تفاوت‌هایی را در روابط مولفه‌های فراشناختی با متغیرهای همبسته ظاهر کند.

در پژوهش حاضر باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری فکر و خطر به‌عنوان عاملی که در مؤلفه‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیکی نقش دارد، قابل ملاحظه است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان کرد که: "باور کنترل‌ناپذیری فکر و خطر" به باورهای فرد در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و اینکه افکار باید به‌منظور عملکرد خوب کنترل شوند، مربوط می‌شود. همین امر منجر به انتخاب‌گزینشی می‌شود. این یافته با یافته‌های پژوهشی ولز و کارتر (۲۰۰۱) و یلماز (۲۰۱۱) هم‌سو است. همچنین اسپادا و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند فعال شدن باورهای فراشناختی کنترل‌ناپذیری فکر و خطر، باعث می‌شود افراد دچار تنش عاطفی می‌شوند. تجربه این تنش موجب در دسترس بودن مفاهیم "تهدید" در پردازش و تشدید اضطراب و هیجانات منفی می‌شود. در این حالت افراد تهدیدهای محیطی را بیش برآورد می‌کنند (استارسوویچ، ۲۰۰۵) و این می‌تواند علایم اضطراب اجتماعی را تشدید کند. نتایج این مطالعه حمایت بیشتری برای مدل کنش اجرایی خود تنظیمی از اختلالات روان‌شناختی ولز و میتوز (۱۹۹۶) و نیز تاییدی برای الگوهای آسیب‌شناسی اضطراب اجتماعی کلارک و ولز (۱۹۹۵)، رپی و هیمبرگ (۱۹۹۷) و ولز و میتوز (۱۹۹۶) است.

در ایران به‌رغم بررسی‌هایی که ارتباط متغیرها از انواع دیگر را با اضطراب اجتماعی مدنظر قرار داده‌اند، پژوهش حاضر به‌دلیل بررسی باورهای فراشناختی و تلاشی که در مشخص نمودن نقش این

متغیرها در پیش‌بینی علایم اضطراب اجتماعی داشته، می‌تواند محل اعتنا باشد. اگر چه این مورد می‌تواند یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز باشد. البته باید توجه داشت که متغیرهایی زیادی وجود دارند که نقش آن‌ها با توجه به اختصاصات فرهنگ ایران در مورد اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار نگرفته است.

پژوهش حاضر تنها به نمونه دانشجویی دانشگاه ایلام بسنده کرده است در نتیجه، تعمیم یافته‌ها به جامعه عمومی بر پایه یافته‌های این بررسی باید با احتیاط انجام شود. همچنین به‌دلیل انجام پژوهش در جمعیت غیربالینی دانشجویی، امکان تعمیم نتایج به جامعه بالینی وجود ندارد. از سویی ابزارهای مورد استفاده، درعین ویژگی علمی، ممکن است در سنجش متغیرها با محدودیت مواجه بوده باشند. به‌ویژه متغیر ملاک تحقیق، یعنی اضطراب اجتماعی که بیشتر نوعی نشانه‌شناسی را در بر گرفته است. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌های مشابه در گروه‌های بالینی صورت گیرد تا امکان مقایسه گروه‌های غیربالینی و بالینی فراهم آید. به‌خصوص به‌دلیل شیوع اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان، بررسی آسیب‌شناسی اختلال مذکور در گستره سنی نوجوانی ضروری به نظر می‌رسد. با مد نظر قرار دادن این امر که اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان یک اختلال در DSM-IV-TR دارای ملاک تشخیصی است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰)، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با تأکید بر مصاحبه تشخیصی محدودیت‌های احتمالی ناشی از ارزیابی نشانه‌های اضطراب اجتماعی توسط ابزارهای سنجش این اختلال (به‌ویژه برای گروه‌های بالینی) مرتفع

روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. سال چهاردهم، ش ۱، صص ۴۶-۵۵.
کدیور، پ. (۱۳۸۳). روان‌شناسی تربیتی، تهران: انتشارات سمت، چاپ هشتم.
کرمی، ج، زکی‌بی، ع و رستمی، س. (۱۳۹۱). نقش باورهای فراشناخت و خود کارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی دانش آموزان پسر سال سوم متوسطه شهر کرمانشاه، *مجله روان‌شناسی*، سال اول، ش ۱، صص ۵۷-۶۲.
وزیری، ش، موسوی نیک، م. (۱۳۸۷). رابطه بین باورهای فراشناختی و فرانگری با فوبی. *اندیشه و رفتار*. سال سوم، ش ۱۰، صص ۵۹-۷۰.

Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: a population – based study. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 421-9.
Alfano, C.A., & Beidel, D.C. (Eds.) (2011). *Social anxiety in adolescents and young adults*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Barahmand, U. (2004). Meta – Cognitive Profile in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 169, 240- 243.
Beidel, D.C., Rao, P. A., Scharfstein, L.A., Wong, N., & Alfano, C.A. (2010). Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 992-1001.
Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B., Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 168-189.
Chen, Y.P., Ehlers, A., Clark, D, M., Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia directs their attention away from

گردد. با توجه به یافته‌های مربوط به باورهای فراشناختی موثر در اضطراب اجتماعی در این اختلال باید گفت که در جهت کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، بالینگران و متولیان بهداشت و سلامت می‌توانند با تمرکز بر روی باورهای فراشناختی ماهیت اضطراب اجتماعی را بهتر درک کند و نشانه‌های این اختلال را کاهش دهند. همچنین به کارشناسان حوزه سلامت در محیط‌های دانشگاهی پیشنهاد می‌شود جهت پیشگیری از اضطراب اجتماعی به اصلاح باورهای فراشناختی دانشجویان توجه نمایند.

منابع

افشاری، م، نشاط دوست، ح. ط، بهرامی، ف، افشاری، ح. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان رفتاری – فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال سیزدهم، ش ۱، صص ۹-۱۶.
حسنوند عموزاده، م، شعیری، م، باقری، ا. (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه فوبیای اجتماعی SPIN بر روی نمونه‌های غیربالینی ایرانی، *خلاصه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، معاونت دانشجویی.
شیرین‌زاده، ص. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسؤولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواس اجباری، اضطراب منتشر و افراد نرمال.

- Jon K, Maner T, Douglas T. (2010). When Adaptations Go Awry: Functional and Dysfunctional Aspects of Social Anxiety. *Social Issues and Policy Review*, 1, 111–142.
- Kashdan, T.T., Elhai, D.J., Breen, E. W. (2008). Social Anxiety and Disinhibition: An Analysis of Curiosity and Social Rank Appraisal, Approach–Avoidance Conflicts, and Disruptive Risk-Taking Behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 925-939.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.
- Lee, H., & Telch, M. J. (2008). Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattentive blindness paradigm. *Behavior Research and Therapy*, 46, 819-835.
- Marcantonio, M., Spada, G. A., Georgiou., Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (1), 64-71
- Martin, R. C., Dahlen, E. R. (2005). Cognition emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality And Individual Differences*, 39, 1249 – 1260.
- Moitra, M., Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2008). Behavioral avoidance mediates relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1205-1213.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Roth, D. A. (2004). Cognitive theories of social phobia In B. Bandelow & D. J. Stein (Eds). *Social Anxiety Disorder* (127-141). New York.
- Sosic Z, Gieler U, Stangier U. (2008). Screening for social phobia in medical in and outpatients with german version of social phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, (22): 849-859.
- Spada, M.M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B., Wells, A. (2008). Meta cognition, faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40,677-687.
- Clark, D. M., Mc Manus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92-100
- Clark, D. M.; Wells, A. (1995). A cognition Model of Social Phobia. IN. R., Lhebowitz., D. Ahope., F. R. Shnieer (Eds). *Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J., Churchill, L.E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self – rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379 –386.
- Ellis, D. M., & Hudson, J.L. (2010). The meta-cognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 151– 163.
- Farmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 105, 84- 93.
- Flavell. j. H., Miller. (1998). Cognition. in w. Domain (series ed.) & D. Kuhn., R. Ziegler (vol. eds.), *Hand book of child psychology: vol. z. cognition. Perception, and language* (5thed, 951-898). New York: Wiley.
- Garcia–Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A., M., Turner, S., Rosa, A. L. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social phobia: a 5– year follow – up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (2), 175-91.
- Heimberg, R. G., & Becker R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: The Guilford Press.
- Higa, C. K & Daleiden, E. L. (2008). Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety disorders* 22 (3), 441-452.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorders: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 193-209.

- Yilmaz, A. E., Gencoz, T. & Wells, A. (2011). The temporal precedence of meta cognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 389-396.
- perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44 (5), 1172-81.
- Spectur, J. M. & libman, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22, 947-975.
- Starcevic, V. (2005). *Social anxiety disorder (social phobia). In a anxiety disorders in adults: a clinical guide*. 1st edition. Oxford University Press, 141-190.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102 .
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.K
- _____. (2003). *Anxiety disorders, meta-cognition and change*. In: Leahy RL. (editor). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford,p: 69-88.
- _____. (2009). *Emotional disorders and meta-cognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Meta-cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wittchen, H. U., Beloch, E. (1996). The Impact of Social Phobia on Quality Life. *Clinical Psychopharmacology*, 11, 15 - 23.

بررسی تأثیر آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق‌ورزی زوجین

مسعود صادقی^{۱*}، سیداحمد احمدی^۲، فاطمه بهرامی^۳، عذرا اعتمادی^۴، سیدرضا پورسید^۵

۱- دکتری مشاوره خانواده و مدرس دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

Sadeghi41@yahoo.com

۲- استاد مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

drahmady@yahoo.com

۳- دانشیار مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Dr.f_bahrami@edu.ui.ac.ir

۴- استادیار مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

etemadiozra@yahoo.com

۵- دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

seyed_reza_poorseyed@yahoo.com

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق‌ورزی زوجین شهر خرم‌آباد بود. این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد در سال ۸۹ - ۱۳۸۸ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ زوج (۶۰ نفر) بودند که از بین افراد در دسترس انتخاب شده، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. زوجین گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه تحت آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل قرار گرفتند. در پایان از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه سبک‌های عشق‌ورزی «لی» بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق‌ورزی رمانتیک، دوستانه، واقع‌گرایانه، شهوانی و فداکارانه تأثیر دارد ($p < 0/05$) ولی بر سبک عشق‌ورزی بازیگرانه تأثیر ندارد ($p > 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل توانسته است که سبک‌های عشق‌ورزی رمانتیک، دوستانه، واقع‌گرایانه، شهوانی، و فداکارانه زوجین را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های عشق‌ورزی، تحلیل رفتار متقابل، آموزش زوجین.

مقدمه

یکی از مهمترین روابطی که انسان‌ها در طول زندگی خود ایجاد می‌کنند و انتظار دارند که نیاز روحی آنها را، دوست داشتن و دوست داشته شدن را تأمین کند «عشق» است. عشق بیش از هر موضوع دیگری در ادبیات جهان، در طول تاریخ مطرح شده است. این در نهاد آدمی است که دوست بدارد و دوست داشته شود، عاشق شود و عاشقی داشته باشد (کاکیا، ۱۳۸۶). عشق فریبنده‌ترین هیجان آدمی است. شاعران، ترانه‌سرایان، فیلسوفان و دانشمندان همگی کوشیده‌اند این حالت راز آمیز را توصیف کنند ولی هیچ یک موفق به این کار نشده‌اند. با این همه، ایده عشق رمانتیک هنوز پابرجاست و همه در جستجوی همسری هستند که به تصور آنان، آرمان رمانتیک را تحقق بخشد (برنشتاین و برنشتاین^۱، ۱۳۸۴).

هر فرد در اعماق روان خود نیاز به شخصی دارد تا او را درک کند و از صمیم دل او را عزیز بدارد، کسی که نیازهای او را بشناسد، به تفاوت‌ها به‌خوبی واقف باشد و کسی که بتواند پاسخ‌گوی مناسبی به نیازهای عاشقانه او باشد (کاکیا، ۱۳۸۶). عشق و محبت از کیفیتی برخوردار است که می‌تواند بسیاری از تنش‌های میان زوجین را محو کرده، بر خودمحوری‌ها سرپوش بگذارد اما چگونه است که چراغ‌های تابان عشق و عاشقی به تدریج کم سو می‌شود و یکی پس از دیگری رنگ می‌بازد؟ چگونه است که کلام «از ازدواجم راضی نیستم» بر زبان‌ها جاری می‌شود (بک^۲، ۱۳۸۴). عوامل زیادی در روابط عاشقانه خلل وارد می‌آورند، در عین حال، مهارت‌های

زیادی وجود دارند که می‌توانند عشق و حمایت زن و شوهر از یکدیگر را تداوم بخشند. مهارت‌های لازم برای ایجاد و حفظ زندگی زناشویی اثربخش، آموختنی است ولی متأسفانه بسیاری از آنها را به زوجین یاد نمی‌دهند (کارلسون و مایر^۳، ۱۳۸۷). برای افزایش مهر، عشق، محبت و مهربانی در زندگی هیچ‌گاه دیر نیست کافی است که راه جدیدی یافته شود. انسان‌های این کره خاکی شایسته‌اند که از زندگی مملو از مهر، محبت و عشق برخوردار گردند (کاکیا، ۱۳۸۶). به مرور احساس شیدایی اوایل ازدواج می‌تواند به عشقی بالغانه تبدیل شود. زن می‌تواند از گفتن «دوستت دارم» و شوهر از شنیدن آن لذت ببرند زیرا محبت و جذابیت متقابل در بافت صمیمیت، وفاداری، اعتماد و دوستی به هم گره خورده، عشق قوی‌تر و عمیق‌تری را پایه‌گذاری می‌کند (بک، ۱۳۸۴). بنابراین ایجاد روابط زناشویی سالم، موثر، پر دوام و سرشار از عشق و محبت برای رسیدن به سلامت روانی زوجین، خانواده‌ها و جامعه یک ضرورت اساسی به‌شمار می‌رود.

در زمینه عشق و ازدواج پژوهش‌های زیادی انجام شده است و نظریه پردازان مختلف سعی نموده‌اند با رویکرد خود به معمای عشق پاسخ گویند. روبرت استرنبرگ^۴ یکی از نظریه پردازانی است که در زمینه عشق پژوهش‌هایی انجام داده است. او در سال ۱۹۸۶ عشق را مرکب از سه جزء صمیمیت، شور و شهوت و تعهد معرفی کرد. ترکیبات مختلف این سه جزء انواع مختلف عشق را به‌وجود می‌آورد. طبق این نظریه آن دسته از زوج‌هایی که مثلث‌های همسانی

³ Carlson & Meyer⁴ Robert J. Sternberg¹ Bornstein, F.H & Bornstein, M.T² Beck, A.T

امروزه بیشتر روان‌شناسان معتقدند که عشق، واکنشی آموختنی و احساسی فراگرفتنی است یعنی هر آدمی عشق را با توجه به آموخته‌ها، باورها، شرطی‌ها و محدودیت‌هایش می‌شناسد و سپس تجربه می‌کند. بنابراین محیط تأثیر عمیقی بر سبک و روش عشق‌ورزی دارد (کاکیا، ۱۳۸۶).

سبک‌های عشق‌ورزی اشاره به این امر دارد که چگونه افراد عشق را تعریف می‌کنند یا عشق‌ورزی می‌کنند (هندریک و هندریک^۳، ۱۹۸۶). افراد برای عشق‌ورزیدن نسبت به همسر خود از یک سبک و روش خاصی استفاده می‌کنند و این سبک متأثر از ارتباط متقابل و مداوم بین زن و شوهر و تعبیری است که از محیط زندگی خود دارند. از مهمترین نظریه‌هایی که به تبیین انواع عشق می‌پردازد، نظریه شش بعدی «لی»^۴ است. لی بر اساس برآوردهای به‌دست آمده از ایالات متحده، کانادا و بریتانیا شش نوع عشق‌ورزی را بیان می‌کند (نتو^۵، ۲۰۰۷)

۱- عشق رمانتیک^۶ ۲- عشق رفاقتی^۷ ۳- عشق بازیگرانه^۸ ۴- عشق شهوانی^۹ ۵- عشق واقع‌گرایانه^{۱۰} ۶- عشق همراه با از خودگذشتگی^{۱۱} (کونکل و بورلسون^{۱۲}، ۲۰۰۳، کرامر و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۵).

دارند میزان رضایت زناشویی آن‌ها بیشتر است. استرنبرگ با انتقاد از نظریه مثلث عشق در سال ۱۹۹۴ نظریه جدیدی را مطرح نمود، تحت عنوان «عشق به مثابه قصه». در این نظریه فرض بر این است که هر فردی گرایش دارد عاشق کسی شود که قصه‌اش با او یکی یا مشابه باشد اما نقش این شخص در قصه، مکمل نقش خود اوست و بدین ترتیب، این شخص از جهاتی مثل خود اوست و از جنبه‌هایی بالقوه متفاوت است. اگر از سر اتفاق عاشق کسی شود که قصه‌ای کاملاً متفاوت دارد، آن وقت است که هم رابطه آنان و هم عشقی که زیر ساخت این رابطه است، وضعیتی متزلزل پیدا می‌کند. از طرفی شواهد و یافته‌های وی و همکارانش (۱۹۹۵، ۱۹۹۶، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳) نشان داده است که وقتی دو همسر قصه‌های مشابه و همسانی دارند رابطه آنها دوام بیشتری دارد و سطح رضامندی آنان از زندگی زناشویی خویش بالاتر است (کرمی و علایی کلجاهی، ۱۳۸۷).

اریک فروم^۱ که به پدر عشق معروف است، عشق را پاسخی به مسأله وجودی انسان می‌داند. او در تعریف عشق گفت؛ عشق عبارت از رغبت جدی به زندگی و پرورش آن چیزی است که بدان مهر می‌ورزند. دلسوزی، توجه، احساس مسئولیت، احترام و شناخت با هم مرتبط هستند و ابعاد عشق را می‌سازند (کرمی و علایی کلجاهی، ۱۳۸۷). الین هاتفیلد^۲ با تأکید بر هیجان، عشق را به صورت تمایل شدید و مدت‌دار برای پیوند با دیگری بیان می‌کرد که حالتی از برانگیختگی عمیق فیزیولوژیک دارد (هاتفیلد، ۱۹۸۸).

³ Hendrick & Hendrick

⁴ Lee

⁵ Neto

⁶ Eros

⁷ Storge

⁸ Ludus

⁹ mania

¹⁰ paragma

¹¹ agape

¹² Kunkel & Burlerson

¹³ Cramer etal

¹ Erich fromm

² Hatfiled

جدول ۱. انواع سبک‌های عشق ورزی از دیدگاه «لی»

انواع عشق	نام یونانی	توصیف
عشق رمانتیک	اروس	میل فیزیکی شدید به معشوق.
عشق رفاقتی	استورج	صمیمیتی لذت‌بخش که به آهستگی رشد می‌کند و به طرفین گسترش می‌یابد و به تدریج طرفین زوایای وجودی خود را بیشتر برای دیگری فاش کنند.
عشق بازیگرانه	لودوس	عشق به عنوان یک تفریح تلقی شده و هیچ تعهدی در آن نیست، وضعیتی که مانند «شرکت در یک بازی» تلقی می‌شود. معمولاً کوتاه مدت است و به زودی تمام می‌شود.
عشق شهوانی	مانیا	حالت شدید هیجانی با حسادت، عشق همراه با مشغولیت ذهنی که باعث می‌شود شخص عصبی شده و از طرد شدن بترسد.
عشق واقع‌گرایانه	پراگما	عشق منطقی که در آن شریک رابطه، براساس نیازهای شخص و همخوانی با سن، مذهب، سوابق و شخصیت انتخاب می‌شود. در این حال رضایت خاطر بیشتر از هیجان و تحریک وجود دارد.
عشق همراه با از خودگذشتگی	آجاب	عشق غیرشرطی، همراه با مراقبت از معشوق، انعطاف‌پذیری و بخشندگی، در این عشق، خود را فدا کردن وجود دارد.

۲۰۰۴)، خود تسکینی (کرامر و همکاران^۷ ۲۰۰۵)، مهارت‌های ارتباطی (کانکل و بورلسون، ۲۰۰۳)، کیفیت زندگی (اندرو^۸، ۲۰۰۰)، و کیفیت روابط زناشویی (نیلسون^۹، ۲۰۰۵) را نشان داده‌اند. همچنین یافته‌های پژوهش نوری و جان بزرگی (۱۳۹۰) نشان داد که توان پیش‌بینی ازدواج از طریق انواع عشق وجود دارد.

عشق پلی است که می‌تواند روابط زناشویی را به هم نزدیک کرده، آنرا استحکام بخشد. زوجین برای اینکه زندگی موفق و سرشار از عشق و محبت داشته باشند، نیاز به برقراری ارتباطی صحیح دارند. یکی از نظریه‌هایی که در بهبود روابط انسانی

با استفاده از مقیاس سبک‌های عشق ورزی هندریک و هندریک (۱۹۸۶) که براساس نظریه لی ساخته شده، مطالعات زیادی در فرهنگ‌های مختلف صورت گرفته که نتایج آنها ارتباط سبک‌های عشق ورزی را با کیفیت روابط زناشویی (کانکل و بورلسون^۱، ۲۰۰۳؛ تائو^۲، ۲۰۰۵؛ گنزاگه و همکاران^۳ ۲۰۰۶)، رضایتمندی زوجی (فینچ^۴، ۱۹۹۹)، سبک دلبستگی (گنزاگه و همکاران، ۲۰۰۶؛ کانمازا و همکاران^۵ ۲۰۰۴)، نحوه تعامل و ارتباط زناشویی (لوین^۶، ۲۰۰۶)، خودشیفتگی و فردگرایی (تائو، ۲۰۰۵)، تجربه‌های رمانتیک (کانمازا و همکاران،

¹ Kunkel & Burleson

² Thao

³ Gonzaga et al

⁴ Finch

⁵ Kanemasa et al

⁶ Levine

⁷ Cramer et al

⁸ Andrew

⁹ Nielson

این سه حالت ایگویی صادر می‌شود. جوهر تحلیل رفتار متقابل تحلیل همین محرک‌ها و پاسخ‌هاست (استوارت و جونز^۶، ۱۳۸۷).

به نظر برن (۱۹۸۹) تحلیل روابط اصولاً در روابط و زناشویی و پیوندهای اجتماعی کاربرد دارد. در این موقعیت‌ها، تحلیل روابط می‌تواند پیش‌بینی‌ها و بازنگری‌های مفید و قانع‌کننده‌ای را به دست دهد. در تحلیل روابط بیشتر به روابط انسان‌ها با یکدیگر توجه می‌شود و اعتقاد بر این است که اگر افراد روابطی سالم، مثبت و رضایت‌بخش با یکدیگر داشته باشند و آن را جایگزین روابط تخریبی، منفی و تحقیرآمیز نمایند، قادر خواهند بود که از فشارهای روانی خود و دیگران بکاهند و از زندگی خود لذت بیشتری ببرند (برن، ۱۳۸۸). پژوهش‌هایی، اثر بخشی تحلیل رفتار متقابل را بر کاهش تعارضات زناشویی (سلامت، ۱۳۸۴)، سازگاری زناشویی (دانش، ۱۳۸۵)، رضایت زناشویی (ترکان، ۱۳۸۵)، شیوه‌های رویایی با استرس (فرهنگی و آقا محمدیان، ۱۳۸۵)، خود پنداره (صادقی و همکاران، ۱۳۸۸)، پیدایش عقاید مثبت‌تر در زمینه روابط با کارمندان (جنسنس^۷، ۱۹۷۵)، در جلوگیری از افزایش تعارض و خشونت (گری^۸، ۲۰۰۶) و بر توسعه مهارت‌های ارتباطی، درک دیگران و خود ابرازی (محمدی و همکاران، ۲۰۱۰) نشان داده‌اند. همچنین کچه جی و تاشوکاک^۹ (۲۰۰۹)، در پژوهشی به بررسی حالت‌های من اعضای

کاربردهای مؤثری دارد، نظریه تحلیل رفتار متقابل^۱ است. تحلیل رفتار متقابل یکی از ملموس‌ترین نظریه‌های روان‌شناسی نوین است. این نظریه که توسط اریک برن^۲ مطرح شد، با سازه‌های «والد^۳، بالغ^۴، کودک^۵» آن، در امور بالینی، درمانی، سازمانی و در روان‌شناسی رشد، ارتباطات، مدیریت، شخصیت و روابط و رفتار بسیار کاربرد دارد (فیروزبخت، ۱۳۸۴).

تحلیل رفتار متقابل نظریه‌ای است در مورد شخصیت و روش منظمی است برای روان‌درمانی به منظور رشد و تغییرات شخصی این تعریفی است که به وسیله انجمن بین‌المللی تحلیل رفتار متقابل ارائه شده است. تحلیل رفتار متقابل به عنوان نظریه شخصیت، تصویری از ساختار روان‌شناسی انسان‌ها به ما ارائه می‌دهد. بدین منظور از یک الگوی سه بخشی به عنوان الگوی حالات نفسانی خود استفاده می‌کند. همین الگوی شخصیتی به ما کمک می‌کند تا دریابیم انسان‌ها چگونه عمل و رفتار می‌کنند و این که چگونه شخصیت خود را در قالب رفتارهایشان آشکار می‌سازند.

افراد با یکی از سه حالت ایگویی والد، بالغ و یا کودکشان، با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند. البته این که با کدام یک از آن‌ها ارتباط برقرار کنند، به احساس آن‌ها در لحظه مورد نظر بستگی دارد. ضمن این‌که در هر لحظه عاملی می‌تواند افراد را از حالتی به حالت دیگر ببرد. پاسخ‌های افراد نیز توسط یکی از

^۶ Stewart & Joines

^۷ Jesness

^۸ Gary

^۹ Kececi & Tasocak

^۱ Transactional Analysis

^۲ Eric Berne

^۳ Parent ego state

^۴ Adult ego state

^۵ Child ego state

دانشکده پرستاری با استفاده از رویکرد تحلیل رفتار متقابل پرداختند. در این پژوهش از رویکرد تحلیل رفتار متقابل استفاده شد تا روابط بین دانشکده و دانشجویان را در تربیت پرستار، بررسی کنند. نتایج نشان داد که اعضای دانشکده احساس می‌کنند که بیشتر از حالت من بالغ استفاده کرده و از حالت من والد منتقد در کمترین حد ممکن استفاده می‌کنند. دانشجویان نیز نظرشان این بود که اعضای دانشکده از حالت من بالغ در بیشترین و از حالت من کودک آزاد در کمترین حد استفاده می‌کنند.

نظر به اینکه اشکال در چگونگی عشق ورزیدن از مسائل مهم مورد شکایت زوج‌هاست و از طرفی اشکال در عشق ورزیدن با بسیاری از شکایت‌های متداول مانند: عدم تفاهم، توجه ناکافی به یکدیگر، ناخشنودی از یکدیگر، اشکال درگوش دادن، اشکال در حل مسأله، لذت نبردن از زندگی و... و در نهایت عدم رضایت زناشویی ارتباط پیدا می‌کند. به همین منظور پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق ورزی زوجین شهر خرم آباد است.

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی است و از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است و در هر دو گروه از دو جنس زن و مرد استفاده شده است. آزمودنی‌ها از بین افراد در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و

کنترل جایگزین شدند. متغیر مستقل، آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بود که در ۸ جلسه تدوین و تنظیم شده، به گروه آزمایش آموزش داده شد. در گروه کنترل هیچ متغیر مستقلی اعمال نشد. متغیر وابسته در این طرح سبک‌های عشق ورزی زوجین بودند که برای به دست آوردن نمرات زوجین و تاثیر متغیر مستقل از میانگین نمرات زن و شوهر استفاده شد. هر دو گروه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند، مرحله پیگیری نیز بعد از مدت یک ماه انجام گرفت.

جامعه آماری: جامعه آماری در این پژوهش زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر خرم آباد در سال ۸۹-۱۳۸۸ بودند.

نمونه و روش نمونه‌گیری: نمونه این پژوهش ۳۰ زوج (۶۰ زن و مرد) بودند که از بین افراد در دسترس و داوطلب انتخاب شدند. برای انجام این کار ابتدا اطلاعیه در مراکز مشاوره شهر خرم آباد برای آگاهی یافتن زوجین علاقمند به شرکت در دوره آموزشی نصب شد و پس از توضیح در مورد اهداف آموزشی از زوجین متقاضی ثبت نام به عمل آمد. پس از ثبت نام، زوجین واجد شرایط انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین شدند.

شرایط آزمودنی‌ها این بود که حداقل ۲ سال از ازدواج آنها گذشته باشد و دارای حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بوده و سن آنها بین ۲۰ تا ۴۵ سال

باشد. شرایط خروجی، داشتن مشکلات حاد روانی

ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک‌های عشق‌ورزی: پرسشنامه سبک‌های عشق‌ورزی «لی» توسط هندریک و هندریک در سال ۱۹۸۶ ساخته شد. فرم بلند آن شامل ۴۲ سوال (هر سبک ۷ سوال)، در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. پژوهش‌های مختلف حاکی از آنند که این پرسشنامه از روایی بسیار خوبی برخوردار است (هندریک و هندریک، ۱۹۸۹؛ لوی و دیویس، ۱۹۸۸؛ ریچاردسون و همکاران، ۱۹۸۸). در پژوهش هندریک و هندریک (۱۹۸۶، ۱۹۸۹)، پایایی از ۰/۶۸ برای سبک عشق‌ورزی استورج تا ۰/۷۳ برای سبک عشق‌ورزی آچاپ و در پژوهش کونکل و بورلسون (۲۰۰۳)، ضریب پایایی از ۰/۶۹ تا ۰/۸۲ بود، اروس ۰/۷۱، لودوس ۰/۶۹، استورج ۰/۷۵، پراگما ۰/۷۸، مانیا ۰/۷۴، و آچاپ ۰/۸۲ به دست آمد. بر اساس پژوهش بیات (۱۳۸۶)، ابتدا این پرسشنامه ترجمه گردید و ترجمه آن مورد تأیید ۵ نفر از مترجمان قرار گرفت. روایی محتوایی آن توسط پنج نفر از

یکی از زوجین بود.

متخصصین مشاوره خانواده در دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان تأیید شد و سپس بر روی ۶۰ نفر نمونه به صورت مقدماتی اجرا گردید.

آلفای کرونباخ آن در سبک عشق‌ورزی رمانتیک ۰/۷۹، در سبک عشق‌ورزی بازیگرانه ۰/۶۸، در سبک عشق‌ورزی دوستانه ۰/۷۲، در سبک عشق‌ورزی واقع‌گرایانه ۰/۷۲، در سبک عشق‌ورزی شهوانی ۰/۷۲ و در سبک عشق‌ورزی فداکارانه ۰/۹۳ به دست آمد (بیات، ۱۳۸۶). در این پژوهش نیز ضریب پایایی از ۰/۷۱ برای استورج تا ۰/۸۲ برای آچاپ به دست آمد.

پاسخ‌های پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای طیف لیکرت (از کاملاً مخالفم، تا کاملاً موافقم) تنظیم شده، و به کاملاً مخالفم نمره ۱ و برای کاملاً موافقم نمره ۵ تعلق دارد.

ابزار تجزیه و تحلیل: داده‌ها با آمار توصیفی؛ جداول، میانگین و انحراف معیار توصیف و با روش تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

¹ Levy & Davis

² Richardson et al

یافته‌های پژوهش:

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایش و کنترل در سبک‌های عشق و ورزی

سبک عشق و ورزی	مرحله	گروه	مردان		زنان		کل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رمانتیک	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۴۰	۴/۴۵	۲۴/۲۷	۳/۴۳	۲۴/۳۳	۳/۹۱
	کنترل	۲۵/۸۳	۴/۹۲	۲۲/۶۷	۳/۵۸	۲۴/۲۰	۴/۵۱	
بازیگرانه	پس آزمون	آزمایش	۲۷/۵۳	۴/۰۳	۲۷/۴۷	۲/۷۵	۲۷/۵۰	۳/۳۹
	کنترل	۲۶/۲۰	۴/۶۶	۲۳/۴۷	۳/۸۹	۲۴/۰۷	۴/۴۴	
دوستانه	پیش آزمون	آزمایش	۲۸/۲۰	۳/۶۷	۲۴/۹۳	۴/۱۳	۲۶/۵۷	۴/۱۸
	کنترل	۲۶/۶۷	۴/۴۰	۲۳/۹۶	۳/۸۲	۲۴/۸۳	۴/۴۶	
واقع‌گرایانه	پس آزمون	آزمایش	۲۳	۱/۵۶	۱۹/۸۷	۲/۷۷	۲۱/۴۳	۲/۷۳
	کنترل	۲۲/۶۷	۱/۴۵	۲۱/۴۰	۲/۶۷	۲۲/۰۳	۲/۲۰	
شهوانی	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۸۰	۱/۵۲	۲۰/۴۰	۲/۸۰	۲۱	۲/۳۲
	کنترل	۲۱/۴۷	۱/۷۲	۲۰/۸۷	۲/۴۲	۲۱/۱۷	۲/۰۸	
فداکارانه	پس آزمون	آزمایش	۲۱/۲۷	۱/۶۲	۲۰/۸۷	۲/۱۳	۲۱/۰۷	۱/۸۷
	کنترل	۲۱/۸۷	۱/۸۱	۲۱/۲۰	۲/۶۲	۲۱/۵۳	۲/۲۴	
عشق ورزی	پیش آزمون	آزمایش	۲۳/۳۳	۴/۰۳	۲۳/۲۰	۴/۸۰	۲۳/۲۷	۴/۳۵
	کنترل	۱۹/۸۰	۲/۸۸	۲۲/۷۳	۴/۶۲	۲۱/۲۷	۴/۰۷	
عشق ورزی	پس آزمون	آزمایش	۲۶/۶۰	۳/۵۴	۲۷/۷۳	۴/۲۵	۲۷/۱۷	۴/۸۹
	کنترل	۱۹/۹۳	۳/۱۳	۲۳/۲۰	۴/۲۳	۲۱/۵۷	۴/۰۱	
عشق ورزی	پیش آزمون	آزمایش	۲۶/۹۳	۳/۱۰	۲۷/۶۷	۴/۳۴	۲۷/۳۰	۳/۷۲
	کنترل	۲۰/۴۰	۲/۷۲	۲۲/۸۰	۴/۲۵	۲۱/۶۰	۳/۷۱	
عشق ورزی	پس آزمون	آزمایش	۲۷/۲۷	۲/۹۶	۲۴/۸۷	۲/۲۹	۲۶/۰۷	۲/۸۸
	کنترل	۲۵/۳۳	۲/۴۷	۲۸/۴۰	۱/۹۹	۲۶/۸۷	۲/۷۰	
عشق ورزی	پس آزمون	آزمایش	۳۲/۷۳	۱/۲۸	۲۹/۰۷	۲/۱۲	۳۰/۹۰	۲/۵۴
	کنترل	۲۶/۶۰	۲/۵۶	۲۷/۱۳	۲/۰۷	۲۶/۸۷	۲/۳۰	
عشق ورزی	پیش آزمون	آزمایش	۳۲/۲۷	۱/۲۲	۳۰/۴۰	۲/۰۶	۳۱/۳۳	۱/۹۲
	کنترل	۲۷/۸۷	۲/۱۷	۲۸/۳۳	۱/۸۴	۲۸/۱۰	۱/۹۹	
عشق ورزی	پس آزمون	آزمایش	۲۴/۷۳	۲/۹۹	۲۶/۴۷	۲/۵۰	۲۵/۶۰	۲/۸۵
	کنترل	۲۵/۸۷	۲/۷۷	۲۸/۲۰	۲/۱۱	۲۷/۰۳	۲/۷۰	
عشق ورزی	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۳۳	۲/۹۹	۲۴/۵۳	۱/۸۸	۲۳/۹۳	۲/۵۳
	کنترل	۲۴/۷۳	۲/۷۹	۲۸/۲۰	۱/۸۶	۲۶/۴۷	۲/۹۲	
عشق ورزی	پیش آزمون	آزمایش	۲۳/۶۰	۲/۸۰	۲۴/۵۳	۲/۱۳	۲۶/۶۷	۲/۵۸
	کنترل	۲۸/۲۰	۱/۷۸	۲۷/۸۴	۱/۷۸	۲۷/۰۶	۲/۳۱	
عشق ورزی	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۶۷	۵/۲۲	۲۹/۰۷	۲/۴۹	۲۸/۸۷	۴/۰۲
	کنترل	۲۵/۲۷	۳/۴۳	۲۷/۴۰	۲/۴۱	۲۶/۳۳	۳/۱۱	
عشق ورزی	پس آزمون	آزمایش	۲۴/۶۷	۳/۸۵	۲۴/۴۷	۲/۸۳	۲۴/۵۷	۳/۳۲
	کنترل	۲۶/۴۷	۳/۲۷	۲۸/۰۷	۲/۳۷	۲۷/۲۷	۲/۹۲	
عشق ورزی	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۵۳	۳/۸۹	۲۴/۴۷	۲/۲۳	۲۴/۵۰	۳/۱۲
	کنترل	۲۶/۹۳	۲/۸۴	۲۸/۶۰	۲/۳۲	۲۷/۷۷	۲/۶۹	

نتایج آزمون لوین، پیش‌فرض برابری واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که در همه شش نوع سبک عشق‌ورزی؛ رمانتیک، بازیگرانه، دوستانه، واقع‌گرایانه، شهوانی و فداکارانه، سطح معناداری بزرگ‌تر از $0/05$ ($p > 0/05$) به دست آمد که بر آن دلالت دارد که بین دو گروه تفاوت معناداری نیست. بنابراین فرض صفر یعنی فرض برابری واریانس‌ها پذیرفته می‌شود و جهت تحلیل داده‌ها می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شود.

همان‌گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات زوجین گروه آزمایش در پس‌آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در سبک‌های عشق‌ورزی رمانتیک، دوستانه و واقع‌گرایانه تفاوت چشمگیری داشته و بزرگ‌تر از میانگین نمرات زوجین گروه کنترل شده است ولی در سبک‌های عشق‌ورزی شهوانی و فداکارانه نمرات زوجین در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته و در سبک عشق‌ورزی بازیگرانه نیز نمرات زوجین در پس‌آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت چشمگیری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق‌ورزی

سبک عشق‌ورزی	عشق منبع	مرحله	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	p	مجذور اتا	توان آزمون
رمانتیک	گروه	پس آزمون	۹۷/۶۷	۱	۹۷/۶۷	۳۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
		پیگیری	۳۸/۸۷	۱	۳۸/۸۷	۱۱/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۱۶	۰/۹۹
بازیگرانه	گروه	پس آزمون	۲/۲۰	۱	۲/۲۰	۱/۵۵	۰/۲۲	۰/۰۳	۰/۲۳
		پیگیری	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶
دوستانه	گروه	پس آزمون	۲۱۱/۹۸	۱	۲۱۱/۹۸	۹۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹
		پیگیری	۲۳۸/۴۹	۱	۲۳۸/۴۹	۹۴/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹
واقع‌گرایانه	گروه	پس آزمون	۲۹۷/۲۸	۱	۲۹۷/۲۸	۹۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹
		پیگیری	۱۸۹/۲۰	۱	۱۸۹/۲۰	۸۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
شهوانی	گروه	پس آزمون	۲۸/۹۱	۱	۲۸/۹۱	۹/۶۱	۰/۰۰۳	۰/۱۴	۰/۸۶
		پیگیری	۸۰/۰۷	۱	۸۰/۰۷	۳۵/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
فداکارانه	گروه	پس آزمون	۲۸۵/۸۶	۱	۲۸۵/۸۶	۱۲۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹
		پیگیری	۳۳۸/۷۰	۱	۳۳۸/۷۰	۱۶۰/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹

معناداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. بنابراین در این پژوهش فرضیه ۴ تأیید شد.

فرضیه ۵: آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی شهوانی زوجین موثر است. بنابر نتایج جدول (۳)، F مشاهده شده در سبک عشق‌ورزی شهوانی در پس آزمون ($p=0/003$)، و آزمون پیگیری ($p=0/001$)، معنادار است و نشان می‌دهد که تفاوت معناداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. بنابراین در این پژوهش فرضیه ۵ تأیید شد.

فرضیه ۶: آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی فداکارانه زوجین موثر است. بنابر نتایج جدول (۳)، F مشاهده شده در سبک عشق‌ورزی فداکارانه در پس آزمون و پیگیری ($p=0/001$)، معنادار بوده و نشان می‌دهد که تفاوت معناداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. بنابراین در این پژوهش فرضیه ۶ تأیید شد.

بنابراین آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق‌ورزی رمانتیک، دوستانه، واقع‌گرایانه، شهوانی و فداکارانه گروه آزمایش مؤثر بوده و این آموزش موجب بهبود این سبک‌های عشق‌ورزی در زوجین شده است ولی آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی بازیگرانه گروه آزمایش مؤثر نبوده است.

مجذور اتاهای به دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت‌ها در واریانس نمرات پس آزمون و نمرات مرحله پیگیری سبک‌های عشق‌ورزی در گروه آزمایش در نتیجه آموزش تحلیل رفتار متقابل بوده است. توان آزمون $0/86$ و $0/99$ نیز حاکی از کفایت حجم نمونه می‌کند.

فرضیه‌های پژوهش به تفکیک مطرح و نتایج مربوط به آنها ارائه می‌شود:

فرضیه ۱: آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی رمانتیک زوجین موثر است. بنابر نتایج جدول (۳)، F مشاهده شده در سبک عشق‌ورزی رمانتیک، در پس آزمون ($p=0/001$)، و آزمون پیگیری ($p=0/002$)، معنادار بوده، نشان می‌دهد که تفاوت معناداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. بنابراین در این پژوهش فرضیه ۱ تأیید شد.

فرضیه ۲: آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی بازیگرانه زوجین موثر است. بنابر نتایج جدول (۳)، F مشاهده شده در سبک عشق‌ورزی بازیگرانه در پس آزمون و پیگیری معنی‌دار است و نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشته است. بنابراین در این پژوهش فرضیه ۲ تأیید نشد.

فرضیه ۳: آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی دوستانه زوجین موثر است. بنابر نتایج جدول (۳)، F مشاهده شده در سبک عشق‌ورزی دوستانه، در پس آزمون و پیگیری ($p=0/001$)، معنادار بوده و نشان می‌دهد که تفاوت معناداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. بنابراین در این پژوهش فرضیه ۳ تأیید شد.

فرضیه ۴: آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی واقع‌گرایانه زوجین موثر است. بنابر نتایج جدول (۳)، F مشاهده شده در سبک عشق‌ورزی واقع‌گرایانه در پس آزمون و پیگیری ($p=0/001$)، معنادار بوده و نشان می‌دهد که تفاوت

بحث و نتیجه

بر اساس یافته‌های این پژوهش، آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق‌ورزی رمانتیک، دوستانه، واقع‌گرایانه، شهوانی و فداکارانه زوجین مؤثر بوده و این شیوه آموزشی باعث بهبود این سبک‌های عشق‌ورزی شده است. با توجه به بررسی پژوهش‌های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور، پژوهشی که اثربخشی تحلیل رفتار متقابل را بر روی سبک‌های عشق‌ورزی زوجین بررسی نماید، یافت نشد؛ لذا نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی که متغیرهایی مشابه دارند، مورد مقایسه قرار می‌گیرد. یافته‌های این پژوهش در سبک عشق‌ورزی رمانتیک با نتایج پژوهش بیات (۱۳۸۶) که نشان داد ایماگوتراپی بر سبک عشق‌ورزی رمانتیک مؤثر است، همسو و در سبک‌های عشق‌ورزی دوستانه، واقع‌گرایانه، شهوانی، و فداکارانه با نتایج مشابه در پژوهش بیات (۱۳۸۶) که نشان داد ایماگوتراپی بر سبک‌های عشق‌ورزی دوستانه، واقع‌گرایانه، شهوانی و فداکارانه زوجین معنادار نیست، ناهمخوان است. و با توجه به نتایج این پژوهش آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک عشق‌ورزی بازیگرانه زوجین در سطح ۰/۰۵ در مرحله پس آزمون ($P=0/22$) و آزمون پیگیری ($P=0/77$) مؤثر نبوده است. این نتیجه با نتیجه مشابه آن در پژوهش بیات (۱۳۸۶) که نشان داد ایماگوتراپی بر سبک عشق‌ورزی بازیگرانه زوجین معنادار نبود، همخوانی دارد.

همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های سلامت (۱۳۸۴)، دانش (۱۳۸۵)، ترکان

(۱۳۸۵)، فرهنگی و آقامحمدیان (۱۳۸۵)، صادقی و همکاران (۱۳۸۸)، جنسنس (۱۹۷۵)، گری (۲۰۰۶)، و محمدی و همکاران (۲۰۱۰)، مبنی بر اثر بخشی تحلیل رفتار متقابل بر کاهش تعارضات زناشویی، سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی، شیوه‌های رویایی با استرس، بر خود پنداره، پیدایش عقاید مثبت‌تر در زمینه روابط با کارمندان، جلوگیری از افزایش تعارض و خشونت و بر توسعه مهارت‌های ارتباطی، درک دیگران و خود ابرازی همسو است.

در مورد دلایل اثربخشی این شیوه آموزشی بر سبک‌های عشق‌ورزی می‌توان بیان نمود با توجه به این که آموزه‌های تحلیل رفتار متقابل در مورد انواع نوازش‌های مثبت و کارآمد، از آن جمله گوش دادن فعال و پرهیز از سرزنش و نوازش‌های منفی، به‌علاوه تسهیل صمیمیت از طریق بیان احساسات اصیل خود با آگاهی «بالغ» و پذیرش خود و طرف مقابل، با اتخاذ وضعیت سالم «من خوب هستم- تو خوب هستی» و گریز از بازی‌های روانی، همگی می‌تواند منجر به افزایش صمیمیت، جاذبه، علاقه و میل فیزیکی بیشتر در زوجین شوند. از طرفی در شیوه تحلیل رفتار متقابل بر لزوم رابطه با دیگران بر اساس واقعیات و نیز در نظر گرفتن افراد به‌صورت واقعی و منحصر به فردشان و ایجاد نیت‌ها و انگیزه‌های مثبت نسبت به یکدیگر تأکید می‌شود. همچنین مباحث این شیوه آموزشی می‌تواند به اجتناب زوجین از روابط نهفته و پنهانی نامناسب و استفاده از شیوه‌های ارتباط مکمل، از وقوع واکنش‌هایی مبتنی بر وضعیت‌های ناسالم زندگی جلوگیری نماید. به نظر برن (۱۹۸۹) هدف تحلیل رفتار متقابل ایجاد رابطه‌ای باز و توأم با

در جامعه ایرانی که در حال رشد و توسعه است کیفیت بعد عاطفی رابطه زناشویی از هر چیز مهم‌تر می‌نماید. لذا با توجه به مطالب مطرح شده، اهمیت این شیوه آموزشی مشخص می‌گردد چرا که نه تنها می‌تواند منجر به سبک‌های عشق ورزیدن مناسب و موثر بین زوجین گردد بلکه منجر به رفع بسیاری از تعارضات زناشویی و بالتبع کاهش میزان طلاق و فراتر از آن می‌تواند به ارتقا کیفیت زندگی و افزایش میزان رضایت‌مندی زوجین شود.

پیشنهادات پژوهشی

۱- اثر بخشی این شیوه آموزشی در زوجین دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم و خارج از طیف سنی ۲۰-۴۵ مورد بررسی قرار گیرد و نتایج با هم مقایسه شود.

۲- از سایر شیوه‌های آموزشی در بهبود سبک‌های عشق ورزی و مقایسه آن‌ها با نتایج این پژوهش استفاده شود.

۳- اثر بخشی شیوه تحلیل رفتار متقابل در بهبود تعاملات بین فردی در محیط‌های مختلف آموزشی (نظیر مدارس و دانشگاه‌ها)، درمانی (بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی)؛ سازمان‌ها، نهادها و ادارات مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

پیشنهادات کاربردی

۱- استفاده از آموزه‌های تحلیل رفتار متقابل در مراکز مشاوره قبل از ازدواج برای مجهز ساختن زوجین به مهارت‌های ارتباطی مناسب و رضایت بخش.

۲- به کارگیری این شیوه آموزشی در کنار سایر شیوه‌های آموزشی و درمانی برای درمان زوجین

اعتماد و خلوص است. لذا می‌توان انتظار داشت که آموزه‌های تحلیل رفتار متقابل در زمینه ایجاد جو صمیمانه و گریز از بازی‌های روانی و خصوصاً پرهیز از ارائه نوازش‌های منفی و سرزنش بتواند مانع از احساس سوء نیت از جانب همسران گردد و زوجین بتوانند یکدیگر را به صورت انسان‌های واقعی در نظر گرفته و نیازهای همدیگر را درک نمایند و با اجتناب از رفتارهای تعصب آمیز و توهم‌آمیز و پرهیز از مسدود کردن حالت‌های مختلف «من»، در عوض می‌کوشند باز و دارای خلوص بوده و رابطه آن‌ها بر اساس واقعیات حاضر، واقعیت اینجا و این موقع باشد. تأکید فراوان این نظریه بر تقویت «بالغ» به عنوان مسول اجرایی شخصیت که علاوه بر آثار شناختی، رفتاری و هیجانی موثر آن، منجر به افزایش مسئولیت‌پذیری می‌گردد و شیوه‌های دسترسی به بالغ وحدت یافته و خود مختاری، رها شدن از پیش‌نویس‌های ناکارآمد و توانمندسازی زوجین برای پاسخ‌گویی این زمانی و این مکانی به موقعیت‌ها را به ارمغان می‌آورد. همچنین زوجین از طریق فهم و شناخت پیش‌نویس زندگی می‌توانند آسیب‌های اولیه را بهبود بخشیده، خود را از صحنه‌های قدیمی دوران کودکی رهایی بخشند. با انجام این عمل زوجین امکان می‌یابند که در وضعیت این زمانی، این مکانی به تمام منابع دوران بزرگسالی که در اختیار دارند، تجهیز شوند. از طرفی با توجه به این که پیشینه پژوهش نشان داده تحلیل رفتار متقابل از اثر بخشی مطلوبی برخوردار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل به خوبی تأثیر گذار بوده و توانسته است که سبک‌های عشق‌ورزی زوجین را بهبود بخشد.

ترکان، هـ (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادل بر رضایت زناشویی زوج‌های شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

دانش، ع. (۱۳۸۵). تأثیر روش تحلیل محاوره‌ای در سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار. چکیده مقالات دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

سلامت، م. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

صادقی، م؛ احمدی، ا؛ بهرامی، ف؛ اعتمادی، ع و صلاحیان، ا. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر خودپنداره دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان خمینی شهر. مجموعه مقالات دومین همایش سراسری مشاوره، رشد و پویایی. تهران: دانشگاه الزهرا(س).

فرهنگی، ف و آقامحمدیان، ح. (۱۳۸۵). تأثیر روان‌درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان. مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، دوره هفتم، شماره ۲، صص ۴۱-۶۲.

فیروزبخت، م. (۱۳۸۴). اریک برن بنیانگذار تحلیل رفتار متقابل. تهران: نشر دانژه.

کارلسون، ج و مایر، د، د. (۱۳۸۷). برای زن و شوهرها وقت زندگی بهتر رسیده. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: نشر دانژه.

مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی.

۳- استفاده از مباحث این شیوه‌های آموزشی در طرح آموزش نیروی انسانی سازمان‌ها، نهادها و ادارات.

تقدیر و تشکر

به رسم وظیفه بدین‌وسیله از همه زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش، مسئولین و کارکنان مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی استان لرستان، به‌ویژه مدیر مرکز سرکار خانم بازگیر که نهایت همکاری را داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

استوارت، ی. و جونز، و. (۱۳۸۷). تحلیل رفتار متقابل. ترجمه بهمن دادگستر. تهران: انتشارات دایره.

برن، الف. (۱۳۸۸). تحلیل رفتار متقابل. ترجمه اسماعیل فصیح. تهران: نشر فاخته.

برنشتاین، ف. اچ. و برنشتاین، م. تی. (۱۳۸۴). زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری - ارتباطی. ترجمه سیدحسن پورعابدی نائینی و غلامرضا منشی. تهران: انتشارات رشد.

بک، آ. (۱۳۸۴). عشق هرگز کافی نیست. ترجمه مهدی قراچه داغی. تهران: انتشارات آسیم.

بیات، م. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر ایماگوتراپی بر سبک‌های عشق‌ورزی زوجین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

- Research in Crime & Delinquency*, 12, (2), 79-91.
- Kanemasa, Y. Junichi, T. Ikuo, D. and Masanori, I. (2004). Love Styles and Romantic Love Experience in Japan. *Social Behavior and Personality*, 32, (3), 265-281.
- Kececi, A. and Tasocak, G. (2009). Nurse Faculty Members Ego States: Transactional Analysis Approach. *Nurse Education Today*, 29, (7), 746-752.
- Kunkel, A. and Burlson, B. (2003). Relational Implications of Communication Skill Evaluations and Love Styles. *The Southern Communication Journal*, 68, (3), 181-197.
- Levine, R. T. Aune, S. K and Park, S. H. (2006). Love Style and Communication in Relationship: Partner Preferences Initiation and Intensification. *Communication Quarterly*, 54, (4), 465-475.
- Levy, M. B. and Davis, K. E. (1988). Lovestyles and Attachment Styles Compared: Their Relations to Each Other and to Various Relationship Characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, (4), 439-471.
- Mohammadi, M. Esmaeily, M. and Nik, A. (2010). The Effectiveness of Group Consultation in the Method of Transactional Analysis over the Student's Communicative Skills. *Social and Behavioral Sciences*, 5, 1490-1492.
- Neto, F. (2007). Love Styles: A Cross-Cultural Study of British, Indian, and Portuguese College Students. *Journal of Comparative Family Studies*, 38, (2), 239-258.
- Nielson, J. D. (2005). *The Relationship between Attachment, Love Styles, and Marital Quality*. Doctoral Thesis. Utah State University.
- Richardson, D. R. Medvin, N. and Hammock, G. (1988). Lovestyle, Relationship, Experience, and Sensation Seeking: A Test of Validity. *Personality and Individual Differences*, 9, (3), 645-651.
- Thao, N. Le. (2005). Narcissism and Immature Love as Mediators of Vertical Individualism and Ludic Love Style. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, (4), 543-560.
- کاکیا، ل. (۱۳۸۶). عشق و ازدواج. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- کرمی، ا و علایی کلجاهی، پ. (۱۳۸۷). مقیاس قصه عشق. تهران: نشر روان‌سنجی.
- نوری، ن و جان بزرگی، م. (۱۳۹۰). رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و نگرش افراد به عشق با ارزش‌های ازدواج. *مجله علوم رفتاری*. دوره پنجم، شماره ۳، صص ۲۲۵-۲۳۳.
- Andrew, B. (2000). *Individuation, Love Styles and Health-related Quality of Life among College Students*. Doctoral thesis. University of Florida.
- Cramer, K. M. Collins, K. A. and Singleton-Jackson, J. A. (2005). Love Styles and Self-Silencing in Romantic Relationships. *Guidance & Counselling*, 20, (3), 139-146.
- Finch, T. M. (1999). *Relationship Satisfaction among Lesbian Couples: The Effects of Fusion and Love Styles*. Doctoral thesis. Miami Institute of Psychology of the Caribbean Center for Advanced Studies.
- Gary, L. M. (2006). *Altered States: Using Transactional Analysis Education to Prevent Conflict Escalation and Violence*. *Dissertation Abstracts Int. Section A: Humanities and Social Sciences*, 67, (4), 1186.
- Gonzaga, G. C. Turner, R. A. Keltner, D. Campos, B. and Altemus, M. (2006). Romantic Love and Sexual Desire in Close Relationships. *Emotion*, 6, (2), 163-179.
- Hatfield, E. (1988). *Passionate and Companionate Love. in the Psychology of Love*, ed. R. J. Sternberg and M. L. Barnes. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hendric, C. and Hendric, S. S. (1986). A Theory and Method of Love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, (2), 392-402.
- Hendric, C. and Hendric, S. S. (1989). Research on Love: Is it Measuring Up? *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (5), 784-794.
- Jesness, C. F. (1975). The Impact of Behavior Modification and Transactional Analysis Oninstitution Social Climate. *Journal of*

بررسی ارتباط بین سیستم‌های فعال ساز و بازداری رفتار، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت با نگرانی

سپیده سلطان محمدلو^۱، بنفشه غرای^{۲*}، فهیمه فتحعلی لواسانی^۳، محمود رضا گوهری^۴

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران، ایران

sepideh.soltanm@gmail.com

۲- دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

bgharaee@Tums.ac.ir

۳- دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

lavasanif_f@yahoo.com

۴- دکتری آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

gohar_ma@yahoo.com

چکیده

نگرانی، پدیده‌ای رایج و ویژگی مشترک بسیاری از اختلالات، به‌خصوص اختلالات اضطرابی است. هدف از انجام این مطالعه پیش‌بینی نگرانی، از طریق سه عامل پیش‌بین کننده آن در سه حوزه مرتبط با بیولوژیک، هیجان و شناخت است. در این مطالعه متغیرهای سیستم بازداری رفتاری، سیستم فعال‌ساز رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت به عنوان متغیر پیش‌بین مورد بررسی قرار گرفتند. در یک طرح پژوهش توصیفی - مقطعی از نوع همبستگی، ۲۳۴ دانشجوی کارشناسی و کارشناسی ارشد و علوم پایه گروه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای در این پژوهش شرکت کردند. این دانشجویان مقیاس‌های سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتاری (BIS/BAS)، دشواری در تنظیم هیجانی (DERS)، فراشناخت-۳۰ (MCQ-30) و پرسشنامه حالت نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ) را تکمیل کردند. متغیرهای سیستم بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت با نگرانی رابطه مثبت معنی‌دار داشتند ($P < 0/01$). رابطه متغیر سیستم فعال‌ساز رفتاری با نگرانی معنادار نبود. تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که مدل پیش‌بینی نگرانی به ترتیب شامل متغیرهای سیستم بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت است. متغیر سیستم فعال‌ساز رفتاری به دلیل عدم همبستگی معنادار با نگرانی از همان ابتدا وارد مدل رگرسیون نشد. نتایج حاصل از این مطالعه به بررسی نگرانی در ابعاد مختلف بیولوژیک، هیجانی و فراشناختی اشاره دارد. همچنین به نقش سیستم بازداری رفتاری به عنوان یک عامل سرشتی و بیولوژیک در فهم آسیب شناسی نگرانی در جمعیت بزرگسال تاکید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: نگرانی، سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی، فراشناخت

مقدمه

از چانگ و همکاران^{۱۰}، (۲۰۰۷). هر چند که نگرانی به صورت «زنجیره‌ای از افکار و تصاویر غیرقابل کنترل که عمدتاً کلامی بوده و با عاطفه منفی همراه است و به‌عنوان راهبردی برای حل مساله‌ای در آینده به‌کار برده می‌شود که پیامد آن مسئله مشخص نبوده ولی احتمال یک یا چند پیامد منفی وجود دارد» (بورکوویک و همکاران، ۱۹۸۳) تعریف می‌شود ولی همچنین تحقیقات نشان داده‌اند نگرانی با جهت‌گیری ضعیف در حل مسئله همراه است (دیوی^{۱۱}، ۱۹۹۴). در تحقیقی دیگر که در زمینه جهت‌گیری در حل مسئله در جمعیت دانشجویان انجام شده است، نتایج مشابه به‌دست آمده است (بلزر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۲). از جنبه‌های مختلفی می‌توان به تبیین آسیب‌شناسی روانی اختلالات اضطرابی پرداخت. یکی از این نظریه‌هایی که از جنبه بیولوژیکی و سرشتی به تبیین آسیب‌شناسی روانی اختلالات پرداخته است، بر روی دو سیستم انگیزشی بیولوژیکی تمرکز کرده است. فرض می‌شود این دو سیستم بیولوژیکی در پاسخ به محرک‌های محیطی رفتارهای نزدیک شونده و یا برعکس دور شونده و اجتنابی را تنظیم می‌کنند. این دو سیستم عبارتند از سیستم بازداری رفتاری^{۱۳} و سیستم فعال‌ساز رفتاری^{۱۴}. سیستم فعال‌ساز رفتاری، رفتارهای فعال‌کننده و نزدیک‌شونده و احساس برانگیختگی و امید را بیشتر می‌کند. در مقابل سیستم بازداری رفتاری در مواجهه با علائم مربوط به تنبیه و فقدان پاداش و محرک‌های جدید در جهت ایجاد پاسخ‌های مرتبط با بازداری و

اختلالات اضطرابی جزو رایج‌ترین اختلالات در حوزه سلامت روان هستند و بار اقتصادی ناشی از آن در ایالات متحده، بالای ۴۲ میلیارد دلار تخمین زده شده است (گرینبرگ و همکاران^۱، ۱۹۹۹). بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهند نگرانی ویژگی مشترک بسیاری از اختلالات اضطرابی بوده و خاص اختلال اضطراب فراگیر^۲ (GAD) نیست. برخلاف فراگیر بودن این پدیده، مطالعات کمی به‌بررسی نگرانی به‌صورت مستقل از GAD پرداخته‌اند (بورکوویک و همکاران^۳، ۱۹۸۳، تالیس و همکاران^۴، ۱۹۹۴ به نقل از دیوی و ولز^۵، ۲۰۰۶). نتایج حاصل از بررسی علائم اضطراب در میان نوجوانان و کودکان، نشان داده است که نوجوانان (۱۹-۱۲ ساله) نسبت به کودکان (۱۱-۵ ساله) نگرانی و اضطراب بیشتری را گزارش می‌کنند (۶۶٪ در مقابل ۳۵٪) (استراس و همکاران^۶، ۱۹۸۸). همچنین تحقیقات نشان داده است که شیوع نگرانی با افزایش سن بیشتر می‌شود (کورپیتا^۷، ۱۹۹۷ به نقل از کراتز و وودرف باردن^۸، ۲۰۱۱). نگرانی با بسیاری از شاخص‌های ناسازگاری روان‌شناختی در بزرگسالان از جمله اضطراب بالینی، افسردگی و وسواس مرتبط است (کورپیتا، ۱۹۹۷ به نقل از کراتز و وودرف باردن). به‌علاوه نگرانی منجر به مشکلاتی در زمینه سازگاری و عملکرد در بین جمعیت دانشجویی می‌شود (فلت و بلانکستین^۹، ۱۹۹۴ به نقل

¹ Greenberg et al² Generalized Anxiety Disorder³ Borkovec et al⁴ Tallis et al⁵ Davey & Wells⁶ Strauss et al⁷ Corpita⁸ Keratz & Woodruff-borden⁹ Flett & Blankstein¹⁰ Chang et al¹¹ Davey¹² Belzer et al¹³ Behavioral inhibition¹⁴ Behavioral activation

اهمیت تاثیر عوامل بیولوژیکی بر اختلالات مربوط به دوران بزرگسالی نادیده گرفته شده است و این منجر به نادیده گرفته شدن توجه و بررسی این عوامل بیولوژیکی در درمان اختلالات دوران بزرگسالی می‌شود (فوکس و همکاران^۶، ۲۰۰۵). آگاهی در مورد مورد تاثیر بازداری رفتاری در سنین بالا، به فهم مکانیسم‌های احتمالی سبب شناسی آسیب شناسی کمک خواهد کرد (لین فلدنر و همکاران، ۲۰۰۴).

از طرف دیگر مشخص شده است که بیش از ۵۰٪ از اختلالات محور یک و ۱۰۰٪ اختلالات محور دو با نقص در تنظیم هیجانی همراه هستند (گراس و لوینسون^۷، ۱۹۹۷ به نقل از آمستادر^۸، ۲۰۰۸). به علاوه معیارهای تشخیصی برخی اختلالات، به وجود نقص در تنظیم هیجانی اشاره می‌کنند. از جمله این معیارها می‌توان به معیار «تلاش به اجتناب از عواطف و احساسات» در اختلال استرس پس از سانحه^۹ و «دشواری در کنترل نگرانی» در GAD اشاره کرد (کرینگ و ورنر^{۱۰}، ۲۰۰۴ به نقل از همان منبع). یافته‌های حاصل از بررسی رابطه تنظیم هیجانی و اختلالات اضطرابی، به نقش کلیدی مشکل در تنظیم هیجانی در سبب شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی تاکید دارند، ولی انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه ضروری است (آمستادر، ۲۰۰۸). منین و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۲) نقص در تنظیم هیجانی را به عنوان یکی از خصیصه‌های GAD یافتند. با این

اجتناب رفتاری و همچنین ایجاد احساس اضطراب و برانگیختگی فعال می‌شود. تحقیقات نشان داده است که فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا به محرک‌های تهدیدکننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری^۱ می‌شود (جانسون و همکاران^۲، ۲۰۰۳). با وجود آن‌که بسیاری بسیاری از اختلالات اضطرابی و خلقی به صورت رنج هیجانی که در پاسخ به عوامل استرس‌زای شناختی اتفاق می‌افتد، توصیف می‌شوند اما به نقش سیستم بازداری رفتاری در واکنش‌های هیجانی ناشی از استرس‌های شناختی توجه اندکی شده است. نظریه‌های بازداری رفتاری مطرح می‌کنند که این متغیر سرشتی باید با تنوعی از پیامدهای منفی شامل درجه بالایی از واکنش‌پذیری هیجانی و سبک‌های تنظیم ناکارآمد مرتبط باشد (گری^۳، ۱۹۹۴ به نقل از لین - فلدنر و همکاران^۴، ۲۰۰۴). مطالعه‌ای که روی کودکان ۱۴-۱۲ ساله انجام شد، نشان داد کودکانی که سطوح بالای بازداری رفتاری را گزارش می‌کنند، در مقایسه با کودکان دیگر، اضطراب، نگرانی و افسردگی بالایی را گزارش می‌دهند (موریس و همکاران^۵، ۱۹۹۹). نتایج حاصل از برخی از مطالعات مطالعات وجود رابطه بین سیستم‌های بازداری با اختلالات روان‌پزشکی را تایید می‌کنند ولی به ندرت به وجود رابطه بین این سیستم با نگرانی آسیب شناختی پرداخته شده است و به خصوص این‌که

⁶ Fox et al

⁷ Gross & Levenson

⁸ Amestader

⁹ Post traumatic stress disorder

¹⁰ Kring & Werner

¹¹ Menin et al

¹ Rumination

² Johnson et al

³ Gray

⁴ Leen - Feldner et al

⁵ Muris et al

حال تحقیقات به‌طور مستقیم ارتباط بین نقص در تنظیم هیجانی و فرایند نگرانی را بررسی نکرده‌اند.

یکی دیگر از نظریه‌هایی که به تبیین نگرانی پرداخته است، نظریه فراشناختی است. فراشناخت^۱، به ساختارهای روان‌شناختی، دانش، رویدادها و پردازش‌هایی که در کنترل و تعدیل و تعبیر تفکر درگیر هستند اشاره دارد (ولز^۲، ۲۰۰۰). ولز (۱۹۹۵) به اهمیت باورهای فراشناختی هم در فرآیند نگرانی و هم در محتوای آن اشاره کرد. تحقیقات نیز نشان دادند که اگرچه افراد با سطوح بالای نگرانی فاقد اختلال GAD، نسبت به افراد GAD نمره‌های پایین‌تری در باورهای فراشناختی کسب می‌کنند ولی این افراد نمره‌های بالاتری را در این باورها نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهند و با توجه به این شواهد مطرح کردند که چنین باورهایی احتمالاً مربوط به افراد با سطوح بالای نگرانی بوده و لزوماً خاص افراد GAD نیست (ولز و کارتر^۳، ۱۹۹۹).

با اینکه ولز (۱۹۹۵) در مدل فراشناختی خود در مورد GAD مطرح کرد که باورهای فراشناختی، می‌تواند نگرانی طبیعی و بیمارگونه را از هم جدا کند ولی یافته‌های حاصل از یک مطالعه ماهیت پیش‌بینی کننده تئوری فراشناخت را در توجیه نگرانی مورد تردید قرار داده است. این مطالعه بررسی بیشتر ماهیت پیش‌بینی کنندگی باورهای فراشناختی را در زمینه اضطراب و نگرانی پیشنهاد داده است (به نقل از روبرت و والتینر^۴، ۲۰۰۰).

با توجه به این که سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتاری، تنظیم هیجانی و فراشناخت سه مؤلفه اساسی روان‌شناختی در سه حوزه مختلف بیولوژیک، هیجان و شناخت در تبیین اضطراب و نگرانی هستند این سوال مطرح می‌شود که نقش هر کدام از این سه مؤلفه در توجیه نگرانی افراد چقدر است. هدف این مطالعه نیز، بررسی رابطه سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت با نگرانی، با هدف تعیین وزن هر کدام از متغیرها در میزان نگرانی است.

با توجه به اهداف فوق، پژوهش حاضر به بررسی فرضیه‌ها و سوال زیر می‌پردازد:

۱- بین سیستم بازداری رفتاری با نگرانی رابطه وجود دارد.

۲- بین سیستم فعال‌ساز رفتاری با نگرانی رابطه وجود دارد.

۳- بین دشواری در تنظیم هیجانی با نگرانی رابطه وجود دارد.

۴- بین فراشناخت با نگرانی رابطه وجود دارد.

وزن هر یک از متغیرهای سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری، دشواری تنظیم هیجانی و فراشناخت در پیش‌بینی نگرانی چقدر است؟

روش پژوهش

نوع مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های بنیادی و کاربردی بوده و روش مطالعه توصیفی - مقطعی از نوع همبستگی است. سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و نگرانی به‌عنوان متغیر

¹ Metacognition

² Wells

³ Carter

⁴ Robert & Valintiner

بیشتر نمونه مورد مطالعه (۸۹/۳ درصد) در مقطع کارشناسی و بقیه در مقطع کارشناسی ارشد یا پزشکی عمومی مشغول به تحصیل بودند (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی ویژگی‌های

جمعیت شناختی نمونه

متغیر	تعداد	درصد
جنس		
زن	۱۷۳	۴۲/۲
مرد	۶۰	۲۵/۸
وضعیت تاهل		
مجرد	۲۲۱	۹۵/۳
متاهل	۱۱	۴/۷
مقطع تحصیلی		
کارشناسی	۲۰۹	۸۹/۳
کارشناسی ارشد	۱۱	۴/۷
دکتری عمومی	۱۴	۶

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه حالت نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ): پرسشنامه PSQW یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که توسط میر^۳ (۱۹۹۰) ساخته شد. این پرسشنامه ۱۶ آیتم دارد و گرایش افراد به نگرانی را در حالت کلی و بدون در نظر گرفتن موضوع نگرانی خاصی می‌سنجد. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۵ (همیشه درست است) سنجیده می‌شوند (میر و همکاران ۱۹۹۰). تیموتی و همکاران^۴ (۱۹۹۲) خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا را در ۴۳۶ بیمار مضطرب و ۳۲ فرد سالم به‌عنوان گروه کنترل بررسی کردند. نتایج حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که PSWQ یک ساختار

ملاک در نظر گرفته شده است. در تحلیل‌های رگرسیونی، ۱۵ نمونه به ازای هر متغیر پیش‌بین کننده، می‌تواند تغییرات را پیش‌بینی نماید (استیونس^۱، ۲۰۰۲). با توجه به این‌که این پژوهش بخشی از یک پژوهش بزرگ‌تر بود که در آن زیرمقیاس‌های هر کدام از متغیرهای دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت نیز مدنظر پژوهشگران بودند، بنابراین زیرمقیاس‌های پرسشنامه‌های مربوط به این دو متغیر (۶ زیر مقیاس مربوط به متغیر دشواری در تنظیم هیجانی و ۵ زیر مقیاس مربوط به فراشناخت) نیز به منظور تعیین تعداد نمونه در نظر گرفته شدند. همچنین با توجه به ۱۵ درصد احتمال ریزش، حجم نمونه به ۲۵۰ افزایش یافت. به دلیل ناقص بودن اطلاعات، ۱۶ تا از پرسشنامه‌ها در تحلیل نهایی کنار گذاشته شده و ۲۳۴ تا از آن‌ها وارد تحلیل نهایی شدند. افراد نمونه از بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابتدا توضیح مختصری در مورد پژوهش به دانشجویان داده و از آن‌ها خواسته شد رضایت‌نامه پژوهش را مطالعه و در صورت تمایل آن را امضا و در پژوهش شرکت کنند. هیچ‌گونه اطلاعات شناساننده‌ای از دانشجویان درخواست نشده بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۰/۹ سال (انحراف معیار ۱/۹۶) بود. از ۲۳۴ نفر از نمونه مورد مطالعه، ۱۷۳ نفر (۷۴/۲ درصد) زن و ۶۰ نفر (۲۵/۸ درصد) مرد بودند. همچنین از نظر وضعیت تاهل، بیشتر نمونه مورد مطالعه (۹۵/۳ درصد) مجرد بودند. همچنین

² Penn state worry Questionnaire

³ Meyer

⁴ Timoty etal

¹ Stevens

مقیاس سیستم بازداری رفتاری و مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری. این پژوهشگران به بررسی ویژگی روان‌سنجی این مقیاس پرداختند. ثبات درونی BIS ۰/۷۴ و ثبات درونی برای زیرمقیاس‌های BAS که شامل پاسخ‌دهی به پاداش، سائق و جستجوی سرگرمی است به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ گزارش کردند. در ایران نیز عبداللهی مجاشین (۲۰۰۶) (به نقل از عبداللهی مجاشین و همکاران، ۱۳۸۸) به بررسی اعتبار و روایی این پرسشنامه پرداخت و پایایی و روایی آن را مناسب گزارش داد. پایایی به روش بازآزمایی برای مقیاس BIS ۰/۷۸ و برای BAS ۰/۸۱ گزارش شده است.

۳) پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجانی (DERS):^۳ مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که توسط گراتز و رومر^۴ (۲۰۰۴) طراحی شده است دارای یک نمره کلی و ۶ نمره اختصاصی در زیر مقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: عدم پذیرش هیجان‌ها، ناتوانی در به کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، مشکل در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی، نبود شفافیت هیجانی. نحوه پاسخ‌دهی به این مقیاس در اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. این پژوهشگران به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس نیز پرداختند. این مقیاس در نمره کل (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳) و در همه زیر مقیاس‌ها (ضریب آلفا بزرگتر از ۰/۸) ثبات

تک بعدی را می‌سنجد. روایی درونی این پرسشنامه بر اساس تحلیلی که طی آن افراد GAD از افراد با سایر اختلالات اضطرابی (اختلال وسواسی - جبری) مجزا شد، مناسب تشخیص داده شد. به علاوه یافته‌های تحقیق استفاده از این پرسشنامه را برای بررسی و تشخیص فرآیند نگرانی نرمال و بیمارگونه مناسب گزارش دادند. همچنین روایی و پایایی این مقیاس در نمونه ایرانی در مطالعه محمدی (۱۳۷۷) (به نقل از عدالتی شاطری و همکاران ۱۳۸۸) توسط آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی درونی آیت‌ها ۰/۴۲ گزارش شده است. در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در کل نمونه ۰/۸۸ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی بالای پرسشنامه است. ضریب بازآزمایی پرسشنامه نیز ۰/۷۹ به دست آمد. به منظور بررسی روایی همگرایی PSWQ، همبستگی نمرات این پرسشنامه با نمرات اضطراب صفت پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر و نمرات افسردگی بک محاسبه شد و همبستگی معناداری بین نمره کل پرسشنامه و نمره اضطراب صفت (۰/۶۸، $P < ۰/۰۱$) و پرسشنامه افسردگی بک (۰/۴۳، $P < ۰/۰۱$) به دست آمد.

۲) سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتاری (BAS/BIS)^۱: مقیاس BAS/BIS کارور و وایت^۲ یک پرسشنامه خودگزارش دهی است که توسط کارور و وایت (۱۹۹۴) ساخته شده است و به بررسی دو سیستم بازدارنده و فعال‌ساز رفتاری می‌پردازد. این مقیاس شامل ۲۴ آیت‌م و دو مقیاس اصلی است:

^۳ Difficulty Emotion Regulation Scale

^۴ Gratz & Roemer

^۱ Behavioral Activation System/Behavioral Inhibition System

^۲ Carver & White

یونانی این پرسشنامه در یک نمونه ۳۰ نفری دانشجویان رزیدنتی روان‌پزشکی سنین ۳۳-۱۸ ساله دانشگاه علوم پزشکی آتن پرداختند و نتایج به دست آمده، پایایی دو نیمه سازی و آزمون - بازآزمون مناسبی را برای آن گزارش دادند. همچنین برای بررسی اعتبار آن، این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت (STAI-T) و زیر مقیاس فرانگرانی مقایسه و مشخص شد که همبستگی مناسبی بین آنها وجود دارد که نشان دهنده اعتبار قابل قبول MCQ30 است. در ایران نیز شیرین‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه پرداختند. نمونه‌ای به حجم ۲۵۸ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. نمونه بالینی نیز متشکل از ۲۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، ۲۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و ۲۵ فرد بهنجار بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس، از مراکز درمانی شیراز انتخاب شدند. تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش ۵ عامل واریماکس برای کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر را استخراج کرد. علاوه بر آن، سه نوع روایی دیگر (همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و یکدیگر و روایی افتراق) و سه نوع اعتبار (باز آزمایی، همسانی درونی و تصنیفی) گزارش شد. نتایج پایایی و روایی این مقیاس را در جمعیت ایرانی مطلوب گزارش داد. در پژوهش تقوی (۲۰۰۱) (به نقل از عاشوری و همکاران ۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس

درونی خوبی نشان داد و پایایی آزمون - باز آزمون آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای (زیر مقیاس‌ها $P < 0.01$ $P > 0.05$ و نمره کل $P < 0.01$ $P = 0.88$) مناسب گزارش شد. حیدری و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی پایایی و اعتبار این مقیاس در ایران پرداختند. پایایی این مقیاس با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۱ ($r = n = 100$ $P < 0.01$ $P = 0.54$) حاکی از اعتبار مناسب آن است. همچنین پایایی و اعتبار این پرسشنامه توسط امینان (۱۳۸۸) (به نقل از حیدری و همکاران، ۱۳۸۹) مورد محاسبه قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸۰ ($p < 0.01$) که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه تنظیم هیجانی بود. اعتبار همزمان این پرسشنامه نیز با نمره هیجان خواهی ذاکرمن همبسته شد که مشخص شد همبستگی مثبت معنی‌داری بین آن‌ها وجود دارد که بیانگر برخورداری پرسشنامه تنظیم هیجانی از اعتبار لازم بود ($n = 59$ ، $r = 0.26$ ، $p < 0.043$).

۴) پرسشنامه فراشناخت-۳۰ (MCQ30): پرسشنامه فراشناخت-۳۰ یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که توسط ولز و کارتریت - هاتون (۲۰۰۴) طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۵ عامل می‌باشد. این عوامل عبارتند از: باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی. تیپالدو و همکاران^۲ (۲۰۱۰) به بررسی روایی و پایایی نسخه

^۱ Metacognition Questionnaire 30

^۲ Typaldou et al

یافته‌ها MCQ30 در نمونه ایرانی ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شد.

به‌منظور بررسی فرضیه‌های این پژوهش، ابتدا میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه شد که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	دامنه
سیستم بازداری رفتاری	۱۹/۹۴	۳/۰۵	۱۱-۲۸
سیستم فعال ساز رفتاری	۴۰/۷۷	۴/۸۵	۱۶-۵۱
دشواری در تنظیم هیجانی	۸۷/۰۷	۲۱/۰۱	۴۴-۱۵۳
فراشناخت	۵۰/۹۸	۱۵/۰۴	۱۲-۱۰۲
نگرانی	۴۳/۱۷	۱۱/۲۶	۱۸-۷۳

به‌منظور بررسی ارتباط هر یک از متغیرهای پیش‌بین سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتاری، دشواری همبستگی پیرسون گرفته شد (جدول ۳).

جدول ۳. همبستگی هر یک از متغیرهای پیش‌بین با نگرانی

متغیر	ضریب همبستگی	P- value	معنی‌داری
سیستم بازداری رفتاری	۰/۵۳۶	۰/۰۰۱	معنی‌دار
سیستم فعال‌سازی رفتاری	-۰/۰۷۱	۰/۲۷۷	عدم معنی‌داری
دشواری در تنظیم هیجان	۰/۵۷۳	۰/۰۰۱	معنی‌دار
فراشناخت	۰/۵۱۸	۰/۰۰۱	معنی‌دار

فرضیه ۱: بین سیستم بازداری رفتاری با نگرانی رابطه وجود دارد. این فرضیه تایید می‌شود و با توجه به جدول ۳ بین سیستم بازداری رفتاری با نگرانی رابطه مثبت معنی‌دار ($r=0/536$) وجود دارد ($P<0/01$).

فرضیه ۳: بین دشواری در تنظیم هیجانی با نگرانی رابطه وجود دارد. این فرضیه تایید می‌شود و با توجه به جدول ۳ بین دشواری در تنظیم هیجانی با نگرانی رابطه مثبت معنی‌دار ($r=0/573$) وجود دارد ($P<0/01$).

فرضیه ۲: بین سیستم فعال‌ساز رفتاری با نگرانی رابطه وجود دارد. این فرضیه تایید نمی‌شود و با توجه به جدول ۳ بین سیستم فعال‌ساز رفتاری با نگرانی رابطه معنی‌دار ($r=0/071$) وجود ندارد.

فرضیه ۴: بین فراشناخت با نگرانی رابطه وجود دارد. این فرضیه تایید می‌شود و با توجه به جدول ۳ بین فراشناخت با نگرانی رابطه مثبت معنی‌دار ($r=0/518$) وجود دارد ($P<0/01$).

به منظور نشان دادن چگونگی ارتباط بین هر کدام از متغیرهای پیش‌بین با نگرانی از معادله خطی

رگرسیون استفاده شد. (جدول ۴)

جدول ۴. خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون تک متغیره و رابطه هر کدام از متغیرهای پیش‌بین با نگرانی

p.value	F	R2	T	Beta	S.E.	B	
۰/۰۰۱	۹۳/۲۷۸	۰/۲۸۷	۹/۶۵۸	۰/۵۳	۰/۲۰۵	۱/۹۷	بازداری رفتاری
۰/۲۷۷	۱/۱۸۸	۰/۰۰۵	-۱/۰۹	۰/۰۷۱	۰/۱۵۲	۰/۱۶۶	فعال‌ساز رفتاری
۰/۰۰۱	۱۱۳/۱۳۵	۰/۳۲۸	۱۰/۶۳۶	۰/۵۷۳	۰/۰۲۹	۰/۳۰۷	دشواری در تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	۸۵/۰۶۶	۰/۲۶۸	۹/۲۲۳	۰/۵۱۸	۰/۰۴۲	۰/۳۸۸	فراشناخت

برای تعیین وزن هر یک از متغیرهای پیش‌بین، نمره‌های مقیاس‌های سیستم بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت به عنوان متغیر پیش‌بین و نمره نگرانی به عنوان ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. متغیر سیستم فعال‌ساز رفتاری از همان ابتدا به دلیل اینکه همبستگی معنادار با نگرانی نداشت، وارد معادله رگرسیون نشد. برای انجام رگرسیون روش گام به گام به کار گرفته شد (جدول ۵).

سیستم بازداری رفتاری به تنهایی ۰/۲۸ درصد از میزان نگرانی را تبیین می‌کند ($p=۰/۰۰۱$)
سیستم فعال‌ساز رفتاری تنها قادر به تبیین ۵ درصد از میزان نگرانی است ($p=۰/۰۲۷۷$)
دشواری در تنظیم هیجانی به تنهایی ۰/۳۲ درصد از میزان نگرانی را تبیین می‌کند ($p=۰/۰۰۰۱$)
فراشناخت به تنهایی ۰/۲۶ درصد از میزان نگرانی را تبیین می‌کند ($p=۰/۰۰۰۱$).

جدول ۵. شاخص‌های آماری رگرسیون مولفه‌های پیش‌بین نگرانی

B	SEB	Beta	p	T	
۰/۱۳۷	-۱/۴۹۲		۳/۶۴	-۵/۴۳۶	مقدار ثابت
<۰/۰۰۱	۶/۲۹۵	۰/۳۲	۰/۱۹۲	۱/۲۱۱	بازداری رفتاری
<۰/۰۰۱	۵/۴۴۹	۰/۳۱	۰/۰۳۱	۰/۱۶۶	دشواری در تنظیم هیجانی
<۰/۰۰۱	۴/۷۵۹	۰/۲۶	۰/۰۴۱	۰/۱۹۶	فراشناخت

معنی‌دار دیده شد ($R=۰/۶۹۹$) و این متغیرها در مجموع ۴۸/۹ درصد نگرانی را تبیین می‌کنند ($R2=۰/۴۸۹$). همچنین در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز متغیرهای پیش‌بین قادر به تبیین ۴۸ درصد واریانس میزان نگرانی هستند ($R2 Adj=۰/۴۸۲$).

با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر میزان نگرانی، مقدار F به دست آمده برای سه متغیر سیستم بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت معنی‌دار بود ($F=۷۳/۲۳$ و $P<۰/۰۰۱$) (جدول ۶). بین متغیرهای دشواری در تنظیم هیجانی، سیستم بازداری رفتاری و فراشناخت با نگرانی رابطه

جدول ۶. جدول رگرسیون متغیرهای پیش‌بین و نگرانی

مدل رگرسیون	SS	DF	MS	F	Sig	R	R2	R2adj
رگرسیون	۱۴۴۵۰/۴۲	۳	۴۸۱۶/۸۰۷	۷۳/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	۰/۴۸۹	۰/۴۸۲
باقیمانده	۱۵۱۲۷/۳۶	۲۳۰	۶۵/۷۷۱					
کل	۲۹۵۷۷/۷۸	۲۳۳						

بحث و نتیجه

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین سیستم بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجان و فراشناخت رابطه وجود داشته و این متغیرها، متغیرهای تعیین کننده‌ای در پیش‌بینی میزان نگرانی هستند. همچنین در این پژوهش بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و نگرانی رابطه معنی‌داری یافت نشد.

پژوهش‌های محدودی به بررسی رابطه سیستم بازداری رفتاری و نگرانی آسیب شناختی در جمعیت بزرگسال پرداخته است و اکثر این پژوهش‌ها به‌طور مستقیم به رابطه این سیستم با نگرانی نپرداخته‌اند و بیشتر روی مولفه اضطراب تمرکز کرده‌اند. با این حال این پژوهش را می‌توان همسو با تئوری‌های مرتبط و یافته‌های پیشین در نظر گرفت که مطرح می‌کنند بازداری رفتاری یک عامل خطر برای بروز اختلالات روانی و به‌خصوص اضطرابی است (وروورت و همکاران^۱، ۲۰۱۰، بیجتیبیر و همکاران^۲، ۲۰۰۹، جانسون و همکاران^۳، ۲۰۰۳، موریس و همکاران^۴، ۱۹۹۹). نتیجه این فرضیه بر اساس تئوری حساسیت به پاداش‌گری قابل تبیین است. بر اساس این تئوری عملکرد اضطراب به دو مکانیسم سیستم بازداری رفتاری اشاره دارد. اول اینکه حساسیت بیش

سه متغیر سیستم بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت در مجموع قادر به پیش‌بینی ۴۸/۹ درصد از واریانس نگرانی هستند ($P < 0/001$)

براساس جدول ۵، ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که این سه متغیر می‌توانند تغییرات نگرانی را به گونه‌ای معنادار تبیین نمایند. وزن متغیرهای سیستم بازداری رفتاری ($P < 0/001$)، فراشناخت ($P < 0/001$) نشان می‌دهد که این متغیرها در سطح معناداری می‌توانند تغییرات مربوط به نگرانی را پیش‌بینی کنند. در صورت تعمیم این نتایج به جامعه پژوهش، وزن این متغیرها به ترتیب برای دشواری در تنظیم هیجانی، سیستم بازداری رفتاری و فراشناخت برابر با ۰/۳۱، ۰/۳۲، ۰/۲۶ خواهد بود. به این ترتیب هر قدر دشواری در تنظیم هیجانی، سیستم بازداری رفتاری و فراشناخت بالاتر باشد، میزان نگرانی افزایش خواهد یافت. با توجه به وزن متغیرهای به‌دست آمده، سیستم بازداری رفتاری قوی‌ترین پیش‌بین کننده نگرانی است. تنظیم هیجانی و فراشناخت نیز به ترتیب دومین و سومین متغیر پیش‌بین کننده نگرانی هستند.

(فراشناخت) + ۰/۱۹۶ + (سیستم بازداری رفتاری) + ۱/۲۱۱ + (دشواری در تنظیم هیجانی) + ۰/۱۶۶ = نگرانی - ۵/۴۳۶

¹ Vervoort et al

² Bijttebier et al

³ Johnson et al

⁴ Muris et al

کرد وقتی استانداردهای بالای افراد کمال‌گرا با سطوح بالای BIS همراه می‌شود، افراد در مورد اشتباه‌های احتمالی آینده بیشتر نگران شده و تردید بیشتری به پیامدهای اعمال خود داشته و این باعث افزایش نگرانی و رفتارهای اجتنابی می‌شود.

به دلیل آنکه سیستم BAS بیشتر با اختلالات برون‌سازی شده از جمله^۳ ADHD و مصرف مواد همراه است (میتچلو نلسون - گری^۴، ۲۰۰۶، فرانکین و موریس^۵، ۲۰۰۶)، رابطه سیستم BAS با نگرانی در پژوهش‌های پیشین کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهش وروورت و همکاران (۲۰۱۰) که روی کودکان جمعیت بالینی (مضطرب و غیرمضطرب) انجام شد، مشخص شد نمرات BAS در هر دو نمونه مضطرب و غیرمضطرب برابر بوده و تفاوتی با هم ندارند. در مطالعه منصور و بخشی‌پور (۱۳۸۹) نیز عدم رابطه BAS با نگرانی پاتولوژیک و غیرپاتولوژیک تایید شد اما نتیجه حاصل از پژوهش چانگ و همکاران (۲۰۰۷) مغایر با نتیجه حاصل از این پژوهش بود و در آن مطرح شد زیرمقیاس‌های BAS با برخی از ابعاد نگرانی غیرپاتولوژیک رابطه دارند. تبیینی که می‌توان به عدم مطابقت نتیجه پژوهش حاضر با نتیجه حاصل از پژوهش چانگ مطرح کرد این است که در پژوهش چانگ نگرانی غیرپاتولوژیک مدنظر بوده و پرسشنامه مربوط به این نوع نگرانی مورد استفاده قرار گرفته بود و همچنین در پژوهش حاضر، BAS در سطح زیرمقیاس‌ها مورد بررسی قرار نگرفت.

از حد برخی نواحی، به‌جز سیستم جداری - هیپوکامپی، درون‌داد مخرب ذاتی بیزاری را افزایش داده و اضطراب را به‌وجود می‌آورد. دوم اینکه افزایش فعالیت بیش از حد سیستم جداری - هیپوکامپی یا فعالیت بیش از حد نواحی آمیگدال که به این سیستم متصل است، باعث افزایش بیش از حد ارزیابی‌های تهدیدآمیز از محرک‌های محیطی می‌شود و در نتیجه باعث ارزیابی خطر و افزایش تداعی‌ها و ارزیابی منفی از موقعیت می‌شود (گری و مسناگتون^۱، ۲۰۰۰). همچنین این پژوهش‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش هیپونیمی و همکاران^۲ (۲۰۰۳) همخوان است که در آن مطرح شد صرف‌نظر از ماهیت عامل اضطراب‌زا، حساسیت بالای BIS با عواطف ناخوشایند همراه است. افراد دارای سطوح بالای BIS در حالت کلی و صرف‌نظر از موقعیت، عواطف ناخوشایند بیشتری تجربه می‌کنند و در موقعیت‌های آزارنده (برای مثال موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب یا ترس) افزایش بیشتری در عواطف ناخوشایند خود نشان می‌دهند. رابطه BIS و نگرانی را می‌توان با در نظر گرفتن مسیرهای دیگر نیز تبیین کرد. از جمله اینکه چانگ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود ابتدا با مشخص کردن اینکه کمال‌گرایی با ابعاد نگرانی رابطه دارد، این سوال را مطرح کردند که آیا BIS می‌تواند بخشی از رابطه کمال‌گرایی و نگرانی را تبیین کند و نتایج حاصل از پژوهش نشان داد سیستم BIS با برخی از ابعاد کمال‌گرایی به ویژه ابعاد مربوط به استانداردهای شخصی و تردید در اعمال مرتبط است. با توجه به نتایج حاصل نیز می‌توان مطرح

³ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

⁴ Mitchell & Nelson-Gray

⁵ Franken & Muris

¹ Gray & Mcnaghton

² Heponiemi et al

چون در نظریه گری مطرح شده است که حساسیت بالای سیستم BAS بیشتر با عواطف مثبتی همچون خوشحالی و امید همراه است، ممکن است این تصور وجود داشته باشد که شدت بالای نگرانی با سطوح بالای BIS همراه است. اما گری در نظریه خود مطرح کرد که عملکرد BAS و BAS مستقل از هم هستند و بنابراین عدم رابطه سیستم BAS با نگرانی به نوعی در تایید نظریه گری می‌باشد یعنی با اینکه با افزایش BIS، نگرانی نیز افزایش می‌یابد و این دو رابطه مثبت معنی‌دار دارند اما این رابطه مستقل از تاثیر BAS است.

همچنین یافته حاصل از این پژوهش در خصوص رابطه مثبت معنی‌دار بین دشواری در تنظیم هیجانی و نگرانی همسو با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین در ارتباط با رابطه دشواری در تنظیم هیجانی و اختلالات اضطرابی به‌خصوص GAD و نگرانی است (سوروگ و زمان، ۲۰۰۴؛ منین و همکاران، ۲۰۰۵؛ سالترس - پدنالت و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به این‌که راهبردهای تنظیم هیجان را می‌توان به‌صورت راهبردهای تنظیم هیجان کارآمد (ازجمله پذیرش، ارزیابی مجدد و حل مسئله) و راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد (از جمله فرونشانی، اجتناب، نشخوار فکری) در نظر گرفت (آلدا^۱ و همکاران^۲، ۲۰۱۰)، می‌توان به تبیین این فرضیه پرداخت. افراد با سطوح بالای نگرانی، از مجموعه‌ای از راهبردهای هیجانی ناکارآمد استفاده می‌کنند. از جمله این‌که با تفکر مداوم در مورد رویدادهای آینده،

به نوعی به قضاوت در مورد افکارشان پرداخته و این مانع آگاهی و پذیرش هیجان می‌شود. همچنین این افراد با درگیر شدن در محتوای اضطراب‌زای افکار خود، مانع ارزیابی مجدد موقعیت از دیدگاه‌های مثبت یا بی‌خطر می‌شوند. همچنین با اینکه افراد نگران از فرایند نگرانی به‌عنوان راهبردی برای حل مسئله در آینده استفاده می‌کنند اما نمی‌توان نگرانی را به‌عنوان نوعی راهبرد هیجانی کارآمد حل مسئله در نظر گرفت. چون در یک فرایند حل مسئله کارآمد، ابتدا لازم است مسئله به‌صورت عینی تعریف، سپس از طریق بارش فکری، همه گزینه‌های موجود مشخص شده و سودمند یا غیرسودمند بودن آن‌ها بررسی شوند، و این در حالیست که اولاً موضوعات نگرانی مربوط به آینده‌ای مبهم بوده و صورت مسئله در آن به‌طور عینی قابل شناسایی نیست و ثانیاً محتوای آن راه حل مدار نبوده و بیشتر به‌صورت پرسش‌های "چه می‌شود اگر...." می‌باشد و بنابراین منجر به حل مسئله نمی‌شود. منین و همکاران (۲۰۰۲) نیز مطرح کرد تفاوت‌های فردی در تجربه و تنظیم هیجانی دلیل موجه‌ای برای رشد نگرانی به‌عنوان راهبردی اجتنابی است. افراد GAD و افراد با شدت نگرانی بالا، در ادراک و شناسایی هیجان‌های اولیه بیشتر مشکل داشته و در پذیرش هیجان‌ها یا اجازه به ابراز کردن آن‌ها مشکل دارند. هنگام تجربه هیجان‌ها نیز آن‌ها را با شدت بیشتری تجربه کرده و به دنبال آن مدیریت هیجانی ناسازگارانه‌ای در پیش می‌گیرند.

همچنین در این پژوهش رابطه مثبت معنی‌داری بین فراشناخت و نگرانی به‌دست آمد. نتیجه حاصل از این مطالعه در رابطه با فراشناخت و نگرانی با

¹ Surveg & Zeman

² Salters-Pedneault et al

³ Aldao et al

در یک جمع‌بندی می‌توان مطرح کرد، فرد دارای سیستم سرشتی بازداری رفتاری، رویدادهای تهدیدزای احتمالی آینده را به‌عنوان محرکی مبهم قلمداد می‌کند و این باعث افزایش ترس و اضطراب و همچنین تظاهر رفتارهای اجتنابی در فرد می‌شود. از سویی دیگر به‌دلیل مشکل در عوامل مرتبط با نقص در تنظیم هیجانی از جمله عدم پذیرش اضطراب، واضح و مشخص نبودن هیجان اضطراب خود قادر به کنترل آن و همچنین نشان دادن رفتارهای متناسب نبوده و رفتارهای ناکارآمد و اجتنابی خود را افزایش می‌دهد. همچنین با توجه به وجود باورهایی فراشناختی در مورد نگرانی وقتی رویداد ترسناک پیش‌بینی شده توسط فرد اتفاق نمی‌افتد، باورهای فراشناختی فرد تقویت شده و این نیز باعث افزایش رفتارهای اجتنابی و در نهایت باعث افزایش اضطراب و نگرانی می‌شود و فرد در یک چرخه معیوب عدم تنظیم هیجانی مناسب، رفتارهای نامتناسب، فراشناخت‌های ناکارآمد و نگرانی می‌افتد.

نتایج حاصل از این مطالعه این نکته مهم بالینی در بردارد که با توجه به نقش سیستم بازداری رفتاری به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بین کننده نگرانی، در کارهای بالینی باید به نقش این عامل توجه شده و در برنامه درمانی علاوه بر کار کردن روی شناخت‌ها و هیجان‌ها، به بررسی و تعدیل تاثیر این عامل سرشتی پرداخته شود.

در نهایت باید خاطر نشان کرد، این پژوهش بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. تعمیم یافته‌ها به جامعه عمومی بر

نتایج حاصل از پژوهش‌های دیگر همسو است (فرانسیس و داگاس^۱، ۲۰۰۴؛ ولز و پاپاجورجیو^۲، ۱۹۹۸، ولز و کارتر^۳، ۱۹۹۹). برای تبیین رابطه فراشناخت با نگرانی از نظریه ولز (۱۹۹۵) می‌توان استفاده کرد. در این نظریه مطرح شده است باورهای مثبت در مورد نگرانی به دلیل تداخل در سایر فرایندهای خود تنظیمی باعث ایجاد نگرانی نوع ۱ (یا نگرانی محتومدار) شده و این نگرانی نیز به نوبه خود به دلیل دردرساز بودن باعث ایجاد باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی و در نهایت ایجاد نگرانی نوع ۲ (یا نگران شدن در مورد نگرانی) می‌شوند. رفتارهای مقابله‌ای از جمله اجتناب از افکار مزاحم، توجه برگردانی و همچنین فرونشانی افکار برانگیزاننده نگرانی، باعث تقویت باورهای فراشناختی مثبت و منفی و در نتیجه افزایش هر چه بیشتر نگرانی نوع ۱ و ۲ می‌شوند و به این ترتیب چرخه معیوب باورهای فراشناختی و نگرانی تداوم می‌یابد. داگاس (۱۹۹۸) در مدل خود در مورد نگرانی در GAD، ۴ مولفه معرفی کرده است. یکی از این مولفه‌ها باورهایی در مورد نگرانی است. داگاس این فرضیه را مطرح کرد که بیماران GAD و افراد نگران برای کمک به فهم راه حل‌ها و ممانعت از پیامدهای منفی، نگرانی را سودمند می‌دانند از جمله این باورها عبارتند از: «نگرانی کمک می‌کند در انجام کارها راه درستی را انتخاب کنم». این باورها از طریق عدم وقوع رویداد ترسناک به صورت منفی تقویت می‌شوند.

¹ Francis & Dugas

² Papageorgiou

³ Wells & Carter

یافته‌های نو در روان‌شناسی. سال چهارم، شماره ۱۱، صص ۷-۱۹.

شیرین‌زاده دستگیری، ص؛ گودرزی، م. ع؛ رحیمی، چ و نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. مجله روان‌شناسی، سال چهارم، شماره ۴۸، صص ۴۴۵-۴۶۱.

عاشوری، ا؛ وکیلی، ی؛ بن‌سعید، س و نوعی، ز. (۱۳۸۸). باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی. سال یازدهم، شماره ۴۱، صص ۱۵-۲۰.

عبداللهی مجاشین، ر؛ باباپور خیرالدین، ج و قوجازاده، م. (۱۳۸۸). مقایسه صفات شخصیتی مرتبط با نظام‌های مغزی فعال‌سازی/ بازداری رفتاری در افراد دارای روابط جنسی پرخطر، کم‌خطر و عادی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. سال سیزدهم، شماره ۳، صص ۴۹-۵۶.

عدالتی شاطری، ز؛ اشکانی، ن و مدرس غروی، م. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین نگرانی مرضی، شیوه‌های حل مسئله و افکار خودکشی در نمونه غیربالینی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سال چهاردهم، شماره ۱، صص ۹۲-۱۰۰.

منصوری، ا و بخشی‌پور رودسری، ع. (۱۳۸۹). رابطه سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری با نگرانی آسیب‌شناختی و غیر آسیب‌شناختی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. سال دوازدهم، شماره ۱، صص ۵۹-۶۴.

پایه یافته‌های حاصل از این پژوهش باید با احتیاط انجام شود. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش اجرای آن در میان جمعیت بهنجار است که موجب می‌شود تعمیم آن به جامعه بالینی با محدودیت‌هایی همراه باشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش سایر عوامل از جمله ویژگی‌های شخصیتی همچون درونگرایی و برونگرایی، عوامل والدینی، سبک دلبستگی و سایر عوامل شناختی و هیجانی نیز در بررسی‌های مربوط به نگرانی در نظر گرفته شود. در نهایت اینکه لازم است با دیدی گسترده و چند بعدی به مسائل و مشکلات روان‌شناختی به‌طور عام و نگرانی به‌طور خاص، پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

در انتها صمیمانه از همکاری مسئولین محترم دانشکده‌های پرستاری، پزشکی، پیراپزشکی، توانبخشی، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران که در اجرای این طرح مشارکت نمودند، تشکر می‌نمایم.

منابع

دهشیری، غ؛ گلزاری، م؛ برجعلی، ا و سهرابی، ف. (۱۳۸۸). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. مجله روان‌شناسی بالینی، سال اول، شماره ۴، صص ۶۷-۷۵.

حیدری، ع؛ احتشام‌زاده، پ و حلاجانی، ف. (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی فراشناخت و خوشبینی با اضطراب امتحان دانشجویان.

- Conceptual Model. *Behaviour Research and Therapy*. 36 (2), 215-226
- Fox, N. A. Henderson, H. A. Marshall, P. J. Nichols, K. E. and Ghera, M. M. (2005). Behavioral Inhibition: Linking Biology and Behavior within a Developmental Framework. *Annual Reviews Psychology*. 56. (2), 235 -62
- Francis, K. and Dugas, M. (2004). Assessing Positive Beliefs about Worry: Validation of a Structured Interview. *Personality and Individual Differences*. 37, (2),405-415
- Franken, I. H. A. and Muris, P. (2006). BIS/BAS Personality Characteristics and College Students' Substance Use. *Personality and Individual Differences*. 40, (7), 1497-1503.
- Gratz, K. L. and Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of The Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26, (1), 41- 54
- Gray, J. A., and McNaughton, N. (2000). *Neuropsychology of anxiety*. London: Oxford university press
- Greenberg, P. E. Sitisky, T. and Kessler, R. C. (1999). The Economic Burden of Anxiety Disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60, (7), 427-435.
- Heponiemi, T. Keltikangas-Järvinen, L. Puttonen, S. and Ravaja, N. (2003). BIS/BAS Sensitivity and Self-Rated Affects during Experimentally Induced Stress. *Personality and Individual Differences*. 34, (6), 943-957
- Johnson, S. L. Turner, R. J. and Iwata, N. (2003). BIS/BAS Levels and Psychiatric Disorder: an Epidemiological Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 25, (1), 25- 36
- Keratz, S. J. and Woodruff-Borden, J. (2011). The Developmental Psychopathology of Worry. *Clinical Child and Family Psychological Review*. 14, (2), 174-197
- Leen-Feldner, E. W. Zvolensky, M. J. Feldner, M. T. and Lejuez, C. W. (2004). Behavioral Inhibition: Relation to Negative Emotion
- Aldao, A. Nolen-Hoeksema, S. and Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*. 30, (2), 217-237.
- Amestader, A. (2008). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Anxiety Disorders*. 22, (2), 211-221
- Belzer, K. D. Dzurilla, T. J. and Maydeu-Olivares, A. (2002). Social Problem Solving And Trait Anxiety as Predictors of Worry in College Student Population. *Personality and Individual Differences*. 33, (4), 573-585
- Bijttebier, P. Beck, I. Claes, L. and Vandereycken, W. (2009). Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a Framework for Research on Personality-Psychopathology Associations. *Clinical Psychology Review*, 29, (5), 421- 430.
- Borkovec, T. D. Robinson, E. Pruzinsky, T. and Depree, J. A. (1983). Preliminary Explication of Worry: Some Characteristics and Processes. *Behaviour Research and Therapy*. 21, (1), 9-16
- Carver, C. S. and White, T. L. (1994). Behavioral Inhibition, Behavioral Activation, and Affective Responses to Impending Reward and Punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 67, (12), 319-333
- Chang, E. C. Zumberg, K. M. Sanna, L. G. Girz, L. P. Kade, A. M. Shair, S. R. Hermann, N. and Srivastava, K., (2007). Relationship between Perfectionism and Domains of Worry in a College Student Population: Considering the Role of BIS/BAS Motives. *Personality and Individual Differences*. 43, (4), 925-936
- Davey, G. C. (1994). Worrying, Social Problem Solving and Problem Solving Confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32, (3), 327-330
- Davey, G. C. L., and Wells, A. (2006). *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*, Michigan: John Wiley & Sons
- Dugas, M. J. Gagnon, F. Ladouceur, R. and Freeston, M. H. (1998). Generalized Anxiety Disorder: a Preliminary Test of a

- Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 33, (4), 750- 759
- Timothy, A. Brown, M. Antony and Davin, H. Barlow. (1992). Psychometric Properties of Thepenn State Worry Questionnaire in a Clinical Anxiety Disorders Sample. *Behavioral Research and Therapy*. 30,(1), 33-37
- Typaldou, M. Nidos, A. Roxanis, L. Dokianaki, F. Vaidakis, N. and Papadimitriou, G. (2010). Psychometric Properties of the Metacognitions Questionnaire-30(MCQ-30) in a Greek Sample. *Annals-General-Psychiatry*. 9,1, 103- 108
- Vervoort, L. Wolters, L. H. Hogendoorn, S. M. Haan, E. D. Boer, F. and Prins, P. J. M. (2010). Sensitivity of Gray's Behavioral Inhibition System in Clinically Anxious and Non-anxious Children and Adolescents. *Personality and Individual Differences*. 48, (5), 629-633
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley
- .Wells, A. (1995). Meta-Cognition and Worry: a Cognitive Model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, (3), 301-320
- Wells, A. Carter, K. (1999). Preliminary Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 37, (6), 585-594
- Wells, A. and Cartwright- Hattons. C. (2004). A Short Form of the Metacognitions Questionnaire:properties of MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*. 42, (4), 385-396
- Wells, A. and Papageorgiou, C. (1998). Relationships between Worry Obsessive-Compulsive Symptoms and Meta-Cognition Beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. 36, (9), 899-913
- Regulation and Reactivity. *Personality and Individual Differences*. 36, (6), 1235 -1247
- Menin, D. S. Heimberg, R. G. Turk, C. L. and Fresco, D. M. (2002). Applying an Emotion Regulation Framework to Integrative Approaches to Generalized Anxiety Disorder. *Science and Practice*. 9, (1), 85-90
- Mennin, D. S. Heimberg, R. G. Turk, C. L. and Fresco, D. M. (2005). Preliminary Evidence for an Emotion Dysregulation Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 43, (10), 1281-1310.
- Meyer, T. J. Miller, M. L. Metzger, R. L. and Borkovec, T. D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 28, (6), 487-495.
- Mitchell, J. T. and Nelson-Gray, R. O. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Adults: Relationships to Gray's Behavioral Approach System. *Personality and Individual Differences*, 40, (4), 749-760.
- Muris, P. Merckelbach, H. Wessel, I. and Vandeven, M. (1999). Psychopathological Correlates of Self-Reported Behavioural Inhibition in Normal Children. *Behavioral Research and Therapy*. 37, (6), 575-584
- Robert, N. D. and Valentiner, D. P. (2000). Does Meta-Cognitive Theory Enhance Our Understanding of Pathological Worry and Anxiety? *Personality and Individual Differences*. 29, (3), 513-226
- Salters-Pedneault, K. Roemer, L. Tull, M. Rucker, L. and Menin, D. (2006). Evidence of Broad Deficit in Emotion Regulation Associated With Chronic Worry and Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research* .30, (4), 469-480
- Stevens, j. (2002). *Applied Multivariate Statistic's for the Social Science*. Newjersy: Lawrence Erlbaum associate publishers.
- Strauss, C. Lease, C. A. Last, C. G. Francis, G. (1988). Overanxious Disorder: an Examination of Developmental Differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*.16, (4), 433-443
- Surveg, C. and Zeman, J. (2004). Emotion Regulation in Children with Anxiety

The Relationship of Behavioral Activation and Inhibition Systems (BAS/BIS), Difficulty of Emotional Regulation, Metacognition with Worry

S. Soltan Mohammadlou

Master of Clinical Psychology, Tehran psychiatry institute, Iran

***B. Gharraee**

PhD of Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Iran

F. Fathali Lvasani

PhD of Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Iran

M. R. Gohari

PhD of Biological Statistics, Tehran University of Medical Sciences, Iran

Abstract:

Worry is a popular phenomenon and a common feature of many disorders, especially anxiety disorders. The objective of the study was to predict worry by using three predictive factors related to biological, emotional and cognition areas. In this study, behavioral inhibition, behavioral activation system, difficulties in emotion regulation and metacognition were examined as predictive variables. In a correlation cross-sectional design, 234 Medical Group students [BA and MA] of Tehran University of Medical Sciences participated in this study by using cluster sampling. The students completed these scales: Behavioral Inhibition and Behavioral Activation Systems (BAS/BIS), Difficulty of Emotion Regulation Scale (DERS), Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Behavioral inhibition system, difficulty of emotion regulation and metacognition variables were significantly positively correlated with worry ($P < 0/01$). Behavioral activation system variable was not significantly associated with worry. Stepwise multiple regression analysis indicated a predictive model for worry in which behavioral inhibition system, difficulty of emotional regulation and metacognition were its components respectively. Behavioral activation system was not included in the model. The findings of this study that worry should be studied in different biological, emotional, and metacognitive aspects. The results also emphasize the role of behavioral inhibition system as a temperamental and biological factor in psychopathology of worry in adult population.

Keywords: worry, Behavioral activation and inhibition systems, difficulty of emotion regulation, meta-cognition

The Effect of Transactional Analysis Training on Love Styles of Couples

***M. Sadeghi**

PhD Of Family Counseling and lecturer at Lorestan University, Khoramabad, Iran

S. A. Ahmadi

Professor, Counseling Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran

F. Bahrami

Professor, Counseling Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran

O. Etemadi

Assistant Professor, Counseling Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran

S. R. Pour Seyed

PhD Student of Exceptional Children Psychology, Allameh Tabataba'i university, Tehran, Iran

Abstract:

The purpose of this study was to examine the effect of transactional analysis training on love styles of couples in Khoram- abad. It was a quasi-experimental design with pre and post-tests and a control group. The population was the couples who referred to counseling centers in Khoram- abad in 2008-2009. The sample consisted of 30 couples (60 persons) who were randomly selected, and assigned to two experimental and control groups. The couples in the experimental group received transactional analysis training, and at the end, both groups took a post-test. Lee's love styles questionnaire was used as the measuring instrument. The results of analysis of covariance showed that transactional analysis training significantly affected eros, storge, pragma, mania and agape love styles ($p < 0.05$). However, it did not significantly affect ludus love style ($p > 0.05$). Therefore, it can be concluded that transactional analysis training seems to be able to improve eros, storge, pragma, mania and agape love styles of the couples.

Keywords: love styles, transactional analysis, couples training

The Relationship of the Meta-Cognitive Beliefs with Social Anxiety -Symptoms (Avoidance, Fear and Physiological Arousal) in Non Clinical Population

***M. Hassanvand Amouzadeh**

Instructor of Psychology of Payam Noor University, Tehran

R. Roshan Chesly

Assistant professor of Psychology, Tehran Shahed University, Iran

M. Hassanvand Amouzadeh

M.D. Specialist in Pediatrics, Medical Science of Kurdistan University, Iran

Abstract:

The aim of this study was to investigate the relationship of meta-cognitive beliefs with social anxiety symptoms in non-clinical population. The sample consisted of 300 (166 females and 134 males) Ilam University students who selected by cluster sampling method. The participants completed the Meta-Cognations Questionnaire-30 (MCQ-30) and Social Phobia Inventory (SPIN). The results showed that meta-cognitive beliefs were positively correlated with social anxiety symptoms ($P < 0.05$). Also, the results of regression analysis of MCQ-30 subscales showed that uncontrollability danger and cognitive self- consciousness are predictors of avoidance, negative beliefs about uncontrollability of thought and danger are predictors of fear, negative beliefs about uncontrollability of thought and danger and positive beliefs about worry and cognitive security are predictors of physiological arousal. These were the significant predictors of social anxiety symptoms ($P \leq 0.05$). Results of this study support the meta-cognitive Wells and Matthew's model of social anxiety and indicates that meta-cognitive beliefs have an important role in social anxiety symptoms. Therefore, the modification of meta-cognitive beliefs with regard to the importance of their role in avoidance, fear and physiological arousal, can be a preventative factor in intensification and continuity of social anxiety symptoms.

Keyword: meta-cognitive beliefs, avoidance, fear, physiological arousal

Validity, Reliability, and Factor Structure of Carver, Scheier and Weinteraub's Coping Operations Preference Enquiry (COPE) in University of Isfahan Students

***R. Jalalinejad**

Master of Clinical Psychology, University of Isfahan, Iran

F. Yazdkhasti

Assistant professor of Clinical Psychology, University of Isfahan, Iran

A. Abedi

Assistant Professor of Children with Special Needs, University of Isfahan, Iran.

Abstract:

The purpose of this research was to determine validity, reliability and factor structure of Coping Preference Enquiry. Therefore a group of 240 University of Isfahan students (168 females and 72 males) were randomly selected as the statistical sample. The instrument of the research was Carver, Scheier and Weinteraub's Coping Preference Enquiry. To assess reliability, Chronbach's alpha was computed, and to assess construct validity, exploratory factor analysis and the item-total correlation within each subscale was calculated. Using varimax rotation five factors were obtained which were named: 1) cognitive- approach coping 2) behavioral- approach coping 3) emotional- approach coping 4) cognitive- avoidance coping 5) behavioral- avoidance coping. Overall, the results showed the above validity and reliability in the population of the students of Isfahan University.

Keywords: Coping Operations Preference Enquiry (COPE), coping with stress, reliability and validity of coping with stress

The Effectiveness of Group Contracting and Behavioral Activation Therapy with and without Family Support on Marital Stress in Coronary Heart Disease

***I. Rahimian. Boogar**

Assistant Professor of clinical psychology, Semnan University, Semnan, iran

M. Najafi

Assistant Professor of clinical psychology, Semnan University, Semnan, iran

Z. Ghaem-magham Farahani

Assistant Professor of Clinical Sciences, welfare sciences and rehabilitation University, Tehran, Iran

S. Dabiri

Ph.D student of educational psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Abstract:

Marital stress is an important issue associated with incidence and maintenance of coronary heart disease and adverse consequences of this disease. This research aimed to investigate the effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy with and without family support on marital stress in coronary heart disease patients (CHD). In the Quasi-experimental design, fifty nine married male coronary heart patients were selected and randomly assigned to two experimental and control groups. Participants completed Stockholm-Tehran Marital Stress Scale (STMSS), Social Support Questionnaire and a demographic questionnaire as the pretest, posttest and follow up. The treatment groups only received therapeutic intervention in 7 sessions (once weekly) and 6 month later were followed up. The results showed that there were statistically significant differences in marital stress among contracting and behavioral activation therapy group, contracting and behavioral activation therapy group with family support, and the control group ($P < 0/001$). It was concluded that clinicians can use this therapy for the reduction of marital stress in patients with coronary heart disease as a means of quality of life promotion and recovery from the disease.

Keywords: behavioral activation, family support, marital stress, coronary heart disease

The Relationship between Coping Styles and Adolescents' Depression

***S. Faramarzi**

Assistant Professor of Children with Special Needs, University of Isfahan, Iran.

M. R. Abedi

Associate Professor of Consultation, University of Isfahan, Iran

M. Karimi

Master of Pasychology, Islamic Azad University– Branch of Isfahan Khorasgan, Iran

Abstract:

The purpose of this study was to determine the relationship between coping styles and adolescents' depression. Participants were 341 high school students (170 boys & 171 girls) in Lordegan city who were randomly selected. All participants were asked to complete the Frydenberg & Lewis Adolescent Coping Scale, Beck Depression Scale, and the demographic researcher made questionnaire. The results showed that girls' mean depression scores was higher than that of boys. Problem focused and emotion focused coping styles were negatively correlated to depression ($p < 0.001$). The correlation between boys' non productive coping styles and their depression was not significant. The results of the study revealed that problem focused coping style and emotion focused coping style, but not non productive coping style predicted depression. These results suggest that using problem focused coping style and emotion focused coping style is associated with decrease in adolescents' depression.

Key words: coping styles, depression, adolescents

Validity of the Draw A Story Test in Two Groups of Aggressive and Withdrawn Children

***F. Chamandar**

Master of Children with Special Needs, Shiraz University, Iran

S. Shahim

Assistant Professor of Education and School of Psychology, Shiraz University, Iran

M. Mazidi

Associate Professor of History and Philosophy of Education, Shiraz University, Iran

D. Seif

Assistant Professor of Educational Psychology, Shiraz University, Iran

Abstract:

Assessment of validity of the Draw A Story test was the aim of this study. The sample consisted of 137 elementary students (53 girls and 84 boys) recruited from fourth and fifth grades, and were categorized into two groups of aggressive and withdrawn based on assessments. They were given the Draw A Story test (DAS). According to the results, the differences between the two groups were significant for self image ($p < .04$) and non significant for the emotional content of DAS. The aggressive group showed stronger self image in comparison to the other group. Aggressive boys showed a stronger self image while the withdrawn children showed a weaker self image ($p < .04$). Aggressive and withdrawn girls had higher mean scores in the emotional content than boys, whereas the aggressive boys showed a weaker emotional content ($p < .02$). The range of positive to negative response frequencies were significantly different for both groups and both groups had the highest response frequency in emotional content in the range of moderately negative. The range of self image response frequencies in the aggressive group was significantly different and positive response had the highest frequency. The range of self image response frequencies in the withdrawn children was significantly different, and the unpleasant and negative responses had the highest frequency. Content analysis of the aggressive stories showed a high engagement ratio of aggression components with the highest frequency of murdering and killing imageries, while in the withdrawn children content analysis indicated the high engagement ratio with the highest frequency of components such as loneliness, fear and anxiety. These results indicate that Draw a Story Test is a valid instrument for discriminating aggressive and withdrawn children from normal subjects.

Key word: aggressivechildren, withdrawn children, Draw a Story Test, validity.

Contents

- **Validity of the Draw A Story Test in Two Groups of Aggressive and Withdrawn Children** 1
F. Chamandar, S. Shahim, M. Mazidi, D. Seif
- **The Relationship between Coping Styles and Adolescents' Depression** 2
S. Faramarzi, M. R. Abedi, M. Karimi
- **The Effectiveness of Group Contracting and Behavioral Activation Therapy with and without Family Support on Marital Stress in Coronary Heart Disease** 3
I. Rahimian, Boogar, M. Najafi, Z. Ghaem-magham Farahani, S. Dabiri
- **Validity, Reliability, and Factor Structure of Carver, Scheier and Weinteraub's Coping Operations Preference Enquiry (COPE) in University of Isfahan Students** 4
R. Jalalinejad, F. Yazdkhasti, A. Abedi
- **The Relationship of the Meta-Cognitive Beliefs with Social Anxiety Symptoms (Avoidance, Fear and Physiological Arousal) in Non-Clinical Population** 5
M. Hassanvand Amouzadeh, R. Roshan Chesly, M. Hassanvand Amouzadeh
- **The Effect of Transactional Analysis Training on Love Styles of Couples** 6
M. Sadeghi, S. A. Ahmadi, F. Bahrami, O. Etemadi, S. R. Pour Seyed
- **The Relationship of Behavioral Activation and Inhibition Systems (BAS/BIS), Difficulty of Emotional Regulation, Metacognition with Worry** 7
S. Soltan Mohammadlou, B. Gharraee, F. Fathali Lvasani, M. R. Gohari

Research in Cognitive and Behavioral Sciences

License Holder: The University of Isfahan Vice-President of Research and Technology

Vol. 3, No. 2, Ser No. (5), Autumn & Winter 2013- 2014

ISSN (Print): 2251-7642

ISSN (Online): 2345-3524

Scientific Research Journal

Managing Director: R. Hoveida

Assistant Professor of Education, University of Isfahan
E-mail: r.hoveida@edu.ui.ac.ir

Scientific Specialty and English Editor: H. Molavi

Professor of Psychology, University of Isfahan
E-mail: hmolavi@edu.ui.ac.ir

Executive Manager: N.Panahi

E-mail: n.panahi@staf.ui.ac.ir
Tel: 0311-7934164

Editor in chief: M. Malekpour

Professor of children with special needs, University of Isfahan
E-mail: mokhtarmalekpour@ymail.com

Literary Editor: A. Jalali

E-mail: AliJalali110@gmail.com

Type and Layout: N.Panahi

E-mail: n.panahi@staf.ui.ac.ir
Tel: 0311-7934164

Editorial Board

GH. Ahmadzadeh	associate Professor	Psychiatry	Isfahan Medical Sciences University
S. A. Ahmadi	professor	Counseling and Guidance	University of Isfahan
SH. Alborzi	associate Professor	Child Education	University of Shiraz
R. Bagherian Sararodi	associate Professor	Health Psychology	Isfahan Medical Sciences University
M. R. Abedi	associate Professor	Counseling	University of Isfahan
B. Ghobari Bonab	associate Professor	Exceptional Children	University of Tehran
M. Malekpour	professor	Children with Special Needs	University of Isfahan
M. Kalantari	associate Professor	Education	University of Isfahan
H. Molavi	professor	Industrial and Organizational Psychology	University of Isfahan
A. Nouri	professor	Clinical Psychology	University of Isfahan
A. K. Neisi	associate Professor	Psychiatry	University of Shahid Chamran

Address: Authors and subscribers can mail their requests directly to the University of Isfahan central library, office of journals

Post code:81746-73441
Tel:+98- 311- 7934164
Fax:+98 -311-7932177
Email: jcbs@res.ui.ac.ir

The Journal of Cognitive and Behavioral Science is accredited and nominated as a “scientific research journal” according to the issued letter no. **3/18/35939** dated **13/3/1392** by the Commission of Scientific Journals Review of the Ministry of Science, Research, and Technology. Ministry date of accreditation: May, 2015

The complete text of the journal is available at the following sites:

<http://uijs.ui.ac.ir/cbs>

<http://www.magiran.com>

<http://www.SID.ir>

<http://www.ISC.gov.ir>

<http://www.ensani.ir>

<http://journals.indexcopernicus.com>

<http://www.doaj.org>

<http://www.ebscohost.com>

<http://journal database. org>

Publication and Lithography: University of Isfahan Publications

Publisher: University of Isfahan

Price: 50000 Rials

Number of copies: 500 copies

Contributors to this Issue (Vol. 3, No. 2, Ser. No. (5), Autumn & Winter 2013- 2014)

We express our deep gratitude to the following faculty members of the universities and educational-research institutes who have co-operated in evaluation and assessment of the articles of this issue of Journal of Cognitive and Behavioral Sciences

A. Shafi Abadi	professor	University of Alameh Tabatabai
M. R. Abedi	associate professor	University of Isfahan
M. FatehiZadeh	assistant professor	University of Isfahan
H. Kazemi	assistant professor	University of Isfahan
M B. Kajbaf	associate professor	University of Isfahan
M. A. Godarzi	associate professor	Shiraz University
M. Marofi	associate professor	Isfahan Medical Sciences University
H. Molavi	professor	University of Isfahan
H. Mehrabi	assistant professor	University of Isfahan
A. K. Neisi	associate Professor	University of Shahid Chamran
N. Yosefi	associate Professor	University of Kordestan

The Research in Cognitive and Behavioral Sciences from University of Isfahan accepts research reports, critiques and research project results in psychology

In The Name of God

**Research in Cognitive and
Behavioral Sciences**

A Biannual Scientific Research Journal

**Vol. 3, No. 2, ser. No. (5)
Autumn & Winter 2013- 2014**